CONNAT

14

Édition spéciale
L'orientation professionnelle et la réadaptation

Éditeurs invités — Partie I — Hy I. Day
Partie II — Roy I. Brown

Available in English under the title "NATCON 14"

WH-7-364F

Emploi et Immigration Canada
Direction générale des informations sur les professions et les carrières

Employment and Immigration Canada
Occupational and Career Information Branch

Connat, vol. 14

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1987

Nº de cat. MP32-14/1987-14F

ISBN 0-662-94142-X

TABLE DES MATIÈRES

Éditorial 1
Hy I. Day
Kathryn A. Boschen

Locus de contrôle chez les aveugles adultes 5
K.A. Boschen
H.I. Day
J. Smith

Résultats préliminaires de l'étude sur les programmes de réadaptation 15
R.I. Brown
M.B. Bayer
C.M. MacFarlane

Adaptation du système Micro-Tower à des clients psychiatriques canadiens 33
Hy Day
Terry Krupa

Ce que les professeurs, les étudiants ayant un handicap physique et les établissements d'enseignement supérieurs peuvent faire pour faciliter l'enseignement et l'apprentissage 49
Catherine S. Fichten
Claudia V. Bourdon
Laura Creti
John G. Martos

Cours d'affirmation de soi pour des handicapés en fauteuil roulant: une première évaluation . . . 79
Robert L. Glueckauf
Ross G. Stockwell
Alexandra L. Quittner

Conséquences des traumatismes crâniens fermés sur le plan professionnel étudiées dans un échantillon de sujets canadiens 97
Pamela S. Klonoff
William G. Snow

Analyse des valeurs et de l'importance des activités dans une profession paramédicale 109
H.M. Madill
L.L. Stewin
E.S.G. Brintnell
G.W. Fitzsimmons
D. Macnab

L'utilisation de la détente et des images mentales dans les cas de polyarthrite rhumatoïde 125
David Prendergast
Keith Wood

La nécessité de définir de façon large et fonctionnelle l'aptitude au travail 135
Jane Staub

Adaptation de la famille lorsqu'un de ses membres a été victime d'un traumatisme cranien fermé: ce que les conseillers en réadaptation peuvent en tirer 153
James W. Vargo
Terry Karpman
Sandra Wolfe

La désensibilisation systématique d'une muette élective déficiente mentale comme complément à sa formation professionnelle 167
Peter A. Wyngaarden
Joanna Christensen
John R. Davis
Charles E. Cunningham

La phénoménologie de la quadriplégie: Une approche utile en réadaptation 181
Georgette Desjean
Thérèse Doucet

Réadaptation, pratique professionnelle et orientations nouvelles 189
Roy I. Brown

Le soutien social et son incidence sur les services de consultation à l'intention des handicapés 205
Sharon E. Robertson

Le spécialiste de la réadaptation en milieu rural 235
Terrance N. James

Le counselling des familles dont un membre est handicapé 253
Peter R. Johnson

L'expérience du chômage chez les handicapés physiques 271
William A. Borgen
Norman E. Amundson
Pamela M. Biela

Élaboration d'un apprentissage de la dynamique de la vie à l'intention de clients particuliers: les délinquants incarcérés comme cas d'espèce 287
T.J. Segger
D.B. Plecas

Un modèle d'évaluation des programmes de réadaptation: l'exemple du projet de création d'emplois de St. Johns's 301
Michael J. Holosko

Méthode de recherche: Survol de dix années de formation spécialisée auprès d'adultes atteints de déficiences mentales profondes et moyennes 341
Gerrit Groeneweg
Mirna I. Vrbancic
Gordon Littlejohns

Évaluation de l'employabilité des personnes handicapées ou défavorisées: Valeur prédictive et tables de probabilité, deux nouvelles aides à la prise de décision 355
Robert J. Flynn
Barbara Dubuc
David R. Vincent

Les jeunes handicapés en transition: Répercussions sur les méthodes d'intervention sociale des conseillers en réadaptation 387
Nancy J. Marlett

EDITORIAL

C'est avec plaisir que nous vous présentons ce numéro spécial de CONNAT consacré aux recherches sur la réadaptation. Cette publication constitue un travail et une combinaison d'efforts uniques car c'est, à notre connaissance, le premier numéro d'une revue pluridisciplinaire qui présente exclusivement des recherches canadiennes dans le domaine de la réadaptation.

Les articles ont été choisis avec soin dans l'ensemble du pays et parmi diverses professions qui touchent aux services de réadaptation. Comme vous le verrez, leur style et leur contenu sont tout à fait différents. Cette variété est délibérée, car nous ne désirions pas, en tant que directeurs, imposer une uniformité particulière. Nous nous sommes plutôt considérés comme les catalyseurs et les organisateurs d'une publication d'articles qui n'ont comme dénominateur commun que le fait d'être canadiens, de porter sur des recherches faites dans le domaine de la réadaptation et d'être d'une très grande qualité.

Ce numéro est entièrement composé d'articles sur des recherches originales, dont aucun n'a été présenté auparavant à la conférence annuelle d'Ottawa CONNAT. Dans la majorité des cas, les articles sont le produit d'un travail d'équipe constituée souvent de groupes de chercheurs pluridisciplinaires. Cette approche collective est bien à l'image du domaine de la réadaptation en général, dont la nature touche en effet à diverses disciplines. Le Programme mondial des actions concernant les personnes handicapées des Nations Unies (1983), adopté par l'assemblée générale en décembre 1982, donne du terme la définition suivante:

> "La réadaptation est un processus axé vers des objectifs et limité dans le temps, qui permet à une personne ayant certains handicaps* d'atteindre un niveau optimal de fonctionnement sur le plan mental, physique ou social, lui procurant ainsi les outils dont elle a besoin pour changer sa vie." (p. 3)

---

* Voir dans la Classification internationale des troubles, déficiences et handicaps les définitions proposées par l'OMS pour ces termes. Organisation mondiale de la santé, Genève, 1980.

Il est évident que pour atteindre ce but, de nombreuses disciplines exercées par des praticiens diplômés devraient, idéalement, se trouver engagées dans le processus, tout comme des disciplines parallèles et des groupes de personnes handicapées. Les contributions aux recherches sur la réadaptation devraient refléter cette large base de participation au sein même du processus.

Ce numéro n'est pas vraiment pluridisciplinaire, car il ne compte aucune contribution du domaine médical. Ce n'est pas un oubli; nous avons simplement pensé aux lecteurs habituels de CONNAT - revue d'orientation professionnelle - et souhaitions garder une certaine homogénéité avec les autres revues CONNAT en maintenant la perspective d'orientation professionnelle.

Le Dr Stuart Conger, rédacteur en chef de CONNAT, a bien voulu nous inviter à coordonner le travail de publication de ce numéro spécial, ce qui a facilité la publication d'articles qui ne sont habituellement pas publiés dans notre pays. Cette situation est due en partie à l'absence manifeste d'une revue professionnelle canadienne sur les recherches en réadaptation. Nous sommes convaincus qu'au Canada, d'autres recherches que nous n'avons pas abordées dans cette revue mériteraient d'être publiées, bien que la plupart d'entre elles ne seront jamais imprimées.

Nous souhaitons ardemment que les recherches canadiennes sur la réadaptation soient encouragées, appuyées et diffusées parmi les professionnels et paraprofessionnels de la santé, et les personnes handicapées qui s'intéressent au problème de la réadaptation. Nous pensons que ce numéro spécial de CONNAT constitue la première étape en ce sens. Pour la seconde étape, nous nous sommes joints à d'autres pour rendre un jour possible la publication d'une revue canadienne sur les recherches en réadaptation.

Dans ce but, nous travaillons actuellement à la publication d'une édition spéciale de Rehabilitation Digest, la revue du Conseil canadien pour la réadaptation des handicapés. Cette édition, comme le présent numéro, comprendra une sélection d'études et de recherches originales effectuées par des professionnels canadiens de la réadaptation. Sa sortie est prévue pour la fin de 1986, après quoi nous nous mettrons en quête d'un financement pour permettre la publication régulière d'une revue nationale professionnelle pluridisciplinaire, si la demande est suffisante pour justifier une telle opération.

Nous apprécierons beaucoup les commentaires, les suggestions et les remarques sur ce projet. Nous serions également très heureux de connaître l'opinion des auteurs éventuels ainsi que le nom des personnes qui souhaitent être inscrites sur notre liste d'envoi pour recevoir un exemplaire de la prochaine publication sur les recherches en réadaptation.

Hy I. Day
Kathryn A. Boschen

BIBLIOGRAPHIE

Programme mondial des actions concernant les personnes handicapées. New York, Nations Unies, 1983. (Réimprimé en 1984 par le Secrétariat à la condition des personnes handicapées, Secrétariat d'État, Ottawa, avec l'autorisation des Nations Unies - Numéro au catalogue : S2-135/1984).

LOCUS DE CONTRÔLE CHEZ LES AVEUGLES ADULTES

K.A. Boschen
Gouvernement de l'Ontario

H.I. Day
Université York

J. Smith
Gouvernement de l'Ontario

RÉSUMÉ

On n'a étudié que rarement la notion du locus de contrôle chez les aveugles. Le projet de l'étude actuelle a été d'examiner l'orientation du locus de contrôle chez un groupe d'aveugles, afin de déterminer s'il existe une différence chez les aveugles de naissance et les aveugles par accident, de même qu'entre les aveugles et les voyants. Les résultats n'ont révélé aucune différence et cela laisse même supposer que le fait d'envisager des différences reflète tout simplement notre tendance à attribuer de façon incorrecte certains traits de personnalité à tous les aveugles. Nous suggérons qu'il est nettement préférable de considérer chaque aveugle comme une personne unique que de le traiter comme s'il appartenait à un groupe présentant une infirmité particulière et possédant automatiquement des traits de personnalité communs à l'ensemble du groupe.

LOCUS DE CONTRÔLE CHEZ LES AVEUGLES ADULTES

Alors que la notion de locus de contrôle est bien connu en psychologie, on semble presque ne pas tenir compte de la possibilité de son application à la réadaptation. Un petit nombre de recherches ont été faites sur ce modèle, un petit nombre portant sur les adultes victimes d'accidents à la moelle épinière (Boschen, 1984; Dinardo, 1971; Meyerson, 1968; Swenson, 1976), et à un nombre encore plus restreint concernant les locus de contrôle chez les aveugles. (Voir Land &

Cette étude a été conduite sous la direction des premier et second auteurs, et par le troisième auteur comme thèse de baccalauréat avec mention pour le programme des services de réadaptation York-Seneca.

Vineberg, 1965 et Roessler & Boone, 1979 pour une analyse portant sur le locus de contrôle chez les enfants aveugles.) Cette recherche a pour but d'évaluer le locus de contrôle chez les adultes aveugles pour déterminer s'il existe une différence entre les aveugles de naissance et les aveugles par accident, de même qu'entre les aveugles et les voyants.

La notion de locus de contrôle a évolué à partir des recherches que fit Rotter dans les années 50 et 60 (Rotter, 1954, 1966) et qui portaient sur la théorie de l'éducation sociale. Il semble qu'on puisse classer les êtres humains suivant qu'ils voient les événements de leur vie déterminés par leurs propres actions ou par des forces extérieures ou des circonstances indépendantes de leur volonté. Rotter a appelé "internes" ceux qui croient à la base exercer un contrôle sur les événements de leur vie. Par contre, les "externes" pensent que ces événements sont déterminés par des forces plus grandes qu'eux ou qui leur sont extérieures telles que Dieu, la chance, le destin ou par d'autres individus plus puissants.

Rotter a mis au point une échelle du locus de contrôle qui comprend 29 questions à choix forcé permettant d'évaluer la direction ou l'orientation du contrôle chez chaque individu. Chaque question donne une raison interne et externe aux divers événements de la vie (par exemple, "Les circonstances malheureuses de la vie sont souvent dues en partie à la malchance" et non "Les malheurs sont la conséquence de nos erreurs"). L'échelle est marquée par le sens de l'extériorité. Un résultat élevé (de 0 à 23) indique donc une orientation plus externe du locus de contrôle.

Cette idée d'un locus de contrôle est applicable aux aveugles pour plusieurs raisons. Tout d'abord, si l'on considère les effets positifs bien connus d'une orientation interne du locus de contrôle (Lefcourt, 1976; Perlmuter & Monty, 1979), on peut supposer que les aveugles dont les opinions sont plus internes seront de meilleurs candidats à la réadaptation. Ils pensent en effet pouvoir, grâce à leurs efforts, décider de leur avenir. Ensuite, des études ont montré un lien entre le locus de contrôle et la satisfaction professionnelle dans la population en général (Day, 1985), et il est donc raisonnable de penser qu'un tel lien existe également chez les aveugles. Enfin, il est important que les conseillers en réadaptation considèrent la pertinence possible d'approches différencielles dans leur travail avec les aveugles dont ils ont la charge. Ces approches tiennent compte du degré de contrôle que chaque sujet espère exercer personnellement sur les circonstances de

sa vie. Nous avons émis l'hypothèse que les aveugles de naissance auraient une orientation du locus de contrôle plus extérieure que les aveugles par accident, selon l'échelle de Rotter (1966). On trouve des arguments en faveur de cette théorie dans les ouvrages de psychologie génétique (Jan, Scott & Freeman, 1977) où sont étudiées les conséquences de la cécité sur l'évolution de l'identité des aveugles. On pense que les enfants aveugles de naissance se trouvant séparés de leur milieu par leur cécité ont une idée différente de ce qu'ils peuvent attendre de ce milieu et de leur possibilité de l'influencer. Jan et al. (1977) déclarent que les enfants aveugles risquent fort d'avoir des problèmes de dépendance, de passivité ou de manque d'initiative.

Les familles ont souvent tendance à surprotéger les enfants aveugles et ceux-ci en retour comptent sur les autres pour faire les choses à leur place. Cela risque donc de porter atteinte au sentiment de compétence et de maîtrise de l'environnement de ces enfants pendant la période de développement. On peut penser que des expériences aussi fondamentales chez de jeunes enfants influencent le développement d'un aspect de la personnalité tel que l'orientation du locus de contrôle et que, lorsqu'ils sont adultes, les aveugles de naissance sentent qu'ils ont moins leur vie en mains que ceux qui n'étaient pas aveugles dans leur enfance.

La perception de soi d'un individu joue un rôle décisif dans son attitude envers les problèmes et les occasions variées de sa vie personnelle et professionnelle. Meighan (1971) a étudié la perception de soi des adolescents déficients visuels et a découvert des faiblesses très nettes dans ce domaine chez un grand nombre d'entre eux. En utilisant l'échelle de perception de soi de Tennessee, Meighan a montré que les résultats de la majorité des sujets déficients visuels indiquaient une perception de soi nettement négative. Miller (1970) a fait des recherches utilisant l'échelle d'anxiété de Hardy pour mesurer la confiance en soi des aveugles vis-à-vis de leur sociabilité, de leur apparence physique et de leur adaptation à la cécité. Ses conclusions font ressortir la nécessité d'une meilleure formation spécialisée ainsi que d'une meilleure compréhension des besoins de l'aveugle dans certaines situations sociales.

Scott, auteur de The Making of Blind Men (La formation des aveugles) (1976), croit que la dynamique du développement de la personnalité et du fonctionnement social est très différente chez les aveugles de naissance et chez les aveugles par accident. Selon Scott, le handicap de la cécité est un rôle social acquis. L'état de cécité n'entraîne pas de lui-même des types de

comportement tel que la docilité, la dépendance, la mélancolie ou la faiblesse. C'est un phénomène acquis. Selon la théorie principale de son livre, la cécité est un rôle social que l'aveugle doit apprendre à jouer.

Scott maintient que certaines opinions adoptées par la société affectent la manière dont nous traitons les aveugles et affectent par conséquent ce que les aveugles pensent d'eux-mêmes. Et, comme il le dit très justement: "Bien que les stéréotypes actuels concernant la cécité soient faux, ils n'en sont pas moins réels. Un aveugle ne peut pas ne pas en tenir compte et, pour la majorité d'entre eux, ce sont des éventualités importantes dans leur vie... Essentiellement, dans la mesure où ces opinions et ces suppositions sont intériorisées, elles en viennent à faire partie de la perception de soi de l'aveugle" (Scott, 1976).

Les ouvrages et les études mentionnées ci-dessus étayent le point de vue selon lequel les aveugles de naissance devraient avoir une orientation plus externe que les voyants, au niveau du comportement et des attitudes. Il va également de soi que ceux qui possédaient la vue et sont devenus aveugles par la suite pourraient avoir plus de choses en commun avec les voyants en ce qui concerne l'orientation de leur locus de contrôle. Les aveugles de naissance sont influencés dès leur jeune âge par des problèmes de développement et d'image de soi, de même que par le rôle qu'on leur demande de jouer au niveau social et personnel analysé plus haut. Il y a donc de fortes possibilités pour que leur locus de contrôle soit plus externe que celui des aveugles par accident.

L'étude

Les personnes participant à cette étude étaient 60 adultes âgés de 18 à 65 ans, reconnus et inscrits à l'Institut national canadien pour les aveugles (I.N.C.A.) comme étant officiellement aveugles. Nous n'avons pas inclus les sujets dont l'inscription indiquait une vision faible ou dont le cas était incertain. Nous avons également exclus les sujets dont le dossier indiquait une déficience mentale ou des troubles du développement.

La moitié des participants étaient devenus aveugles dans les trois mois suivant la naissance et les autres l'étaient devenus ultérieurement, soit accidentellement, soit à la suite d'une maladie. Pour ce deuxième groupe, nous avons exigé une cécité officielle d'au moins un an au moment de la collecte de nos données. Nous voulions ainsi éliminer ou diminuer la possibilité que ces sujets soient encore dans la période critique d'adaptation à une

cécité récente. Ceci pourra en effet influencer, au moins provisoirement, les résultats à l'échelle du locus de contrôle.

Nous avons choisi aléatoirement le nom des participants éventuels à partir d'un nombre de dossiers se trouvant au Service de réadaptation professionnelle de l'I.N.C.A., direction de Toronto. Après une sélection initiale du dossier fondée sur les critères indiqués plus haut, nous nous sommes mis en rapport avec les sujets qui remplissaient les conditions requises et les avons invités à participer à l'étude. Ceux qui avaient accepté durent fournir différents renseignements personnels (âge actuel, âge au début de la cécité, niveau d'études, scolarité normale ou spécialisée dans l'enfance) et nous leur avons donné ensuite l'échelle Rotter (1966) du locus de contrôle.

Habituellement, le sujet se donne lui-même ce test (c'est-à-dire qu'il répond tout seul aux 29 questions pendant le temps qui lui convient). Dans ce cas cependant, nous avons lu à voix haute les questions à chaque participant et le chercheur prit note des réponses. Nous avons choisi cette méthode et non le braille parce que les aveugles ont généralement des niveaux de compétence très différents dans ce domaine. Nous avons ensuite posé aux participants les questions supplémentaires suivantes:

1) Avez-vous jamais eu l'impression qu'on attendait de vous un certain comportement parce que vous étiez aveugle?

2) Votre famille renforce-t-elle ces "attentes" ou a-t-elle essayé de vous rendre indépendant?

3) Peut-on vous reconnaître comme aveugle (que ce soit avec un chien-guide ou avec une cane blanche)?

Résultats

Les aveugles de naissance étaient beaucoup plus jeunes que les aveugles par accident ($t = 3,06$; $p < 0,05$). L'âge moyen des premiers était de 29,9 ans et variait entre 18 et 52 ans; pour les seconds, l'âge moyen était de 38,5 ans et variait de 19 à 63 ans. Dans ce dernier groupe, l'âge moyen du début de la cécité était 20 ans, mais il variait énormément d'un individu à l'autre, allant de 1 an à 49 ans. Le niveau d'études était le même dans les deux groupes ($M = 11,0$e année chez les aveugles de naissance, et 11,2e chez les aveugles par

accident; t = 0,66), mais un tiers du premier groupe avait fréquenté un établissement spécialisé, et un sixième du deuxième groupe.

Le résultat moyen à l'échelle du locus de contrôle pour les aveugles de naissance était de 10,2 avec une variation de 6 à 18. Chez les aveugles par accident, cette moyenne était de 9,3 avec une variation de 2 à 15. Ces moyennes ne diffèrent pas beaucoup de celles que l'on attribue généralement aux adultes voyants (Lefcourt, 1976). Ceci indique que l'orientation du locus de contrôle n'est pas différente chez ce groupe de sujets officiellement aveugles et chez les voyants. Il n'y avait pas non plus de différences statistiquement significatives entre le locus de contrôle des aveugles de naissance et celui des aveugles par accident (t = 1,07). Rien ne vérifie donc l'hypothèse selon laquelle l'orientation du locus de contrôle serait différente dans ces deux groupes. Les réponses aux trois questions supplémentaires n'ont pas non plus montré de différences entre les deux groupes. Tous les résultats indiqués ci-dessus sont présentés dans le tableau 1.

Discussion

En réalité, les résultats de cette étude ne devraient pas vraiment surprendre et devraient obliger les conseillers en réadaptation à reconsidérer les idées toutes faites que nous adoptons souvent en ce qui concerne les aveugles et les autres groupes défavorisés. Nous avons en effet tendance à mettre tous les handicapés dans la même catégorie et à leur attribuer certains traits de personnalité que l'on suppose être communs à tous les membres du groupe. Ceci est également vrai pour les groupes minoritaires où la tendance est de doter tous les membres d'un certain stéréotype racial. Wright (1983) appelle cette façon d'agir dévaluation qu'il définit ainsi: attitude condescendante envers les handicapés qui fait que l'on considère ces personnes inférieures au niveau du comportement et de la personnalité et donc plus malheureuses.

Cameron, Titus, Kostin & Kostin (1973) ont fait remarqué que les handicapés et les personnes en bonne santé montrent peu de différences au niveau de l'équilibre général ou de la satisfaction que la vie leur apporte. Dans une recherche qui remonte à 1953, Barker, Wright, Meyerson et Gonick ont récapitulé les résultats de quinze études ayant pour but d'analyser la personnalité des aveugles. Leurs recherches ont montré que - bien que six études aient révélé une adaptation beaucoup plus difficile chez les aveugles - les neuf autres n'ont

TABLEAU 1

Comparaison entre les participants aveugles de naissance et par accident

	Aveugles de naissance	Aveugles par accident	
Nombre de participants	30	30	
Age moyen actuel	29,9	38,5	t = 3,06*
Nombre moyen d'années d'études	11,0	11,2	t = 0,66
Type d'école:			
spécialisée	10	5	
ordinaire	20	25	x^2 = 0,22
Attente perçue pour le rôle d'aveugle			
Oui	13	15	
Non	17	15	x^2 = 0,27
Encouragement à l'indépendance de la part de la famille			
Oui	22	21	
Non	8	9	x^2 = 0,08
Reconnaissance en tant qu'aveugle			
Oui	13	18	
Non	17	12	x^2 = 1,67
Résultat au locus de contrôle	10,2	9,3	t = 1,07

* $p < 0,05$

pas réussi à mettre en évidence de différences notables. En réalité, des tests identiques ont, dans certaines études, donné des résultats différents. Les tests mesurant l'ambition et le désir d'arriver n'ont pas non plus révélé de différences constantes entre les handicapés et ceux qui ne le sont pas.

Il se peut qu'il y ait eu des difficultés au niveau de la collecte des données actuelles - cela arrive dans de nombreuses études. L'échantillon choisi peut aussi ne pas avoir été représentatif des aveugles en raison d'erreurs dans la sélection, d'imprécisions dans la distinction entre les aveugles de naissance et les aveugles par accident ou à cause de la tendance qu'ont certains sujets à répondre aux questionnaires d'une manière attendue par la société. Ces difficultés peuvent aussi avoir influencé les autres recherches d'une façon semblable ou opposée.

Et pourtant, il est assez clair que ce sont pourtant nos préjugés qui nous incitent à présumer de l'existence de différences importantes au niveau du locus de contrôle entre les aveugles et les voyants, ou entre les aveugles de naissance et les aveugles par accident. Ces préjugés nous incitent aussi peut-être à attribuer à ces groupes certains traits de personnalité inexistants. Il est bien plus constructif de ne pas présumer de telles différences et de considérer chaque aveugle comme une personne unique possédant sa propre personnalité.

BIBLIOGRAPHIE

Barke R.G., B.A. Wright, L. Myerson & M.R. Gonick (1953). Adjustment to physical handicap and illness: A survey of the social psychology of physique and disability (2e édition) (Adaptation au handicap physique et à la maladie: une étude de la psychologie sociale de l'aspect physique chez les infirmes). New York: Conseil de la recherche des sciences sociales, bulletin 55.

Boschen K.A. (1984). Residential choice and control among spinal cord injured young adults (Choix de résidence et contrôle chez les jeunes adultes victimes de lésions de la moelle épinière). Thèse de doctorat non publiée. Université York, Toronto (Ontario)

Cameron P., D.G. Titus, J. Kostin et M. Kostin (1973). The life satisfaction of non-normal persons (Le plaisir de vivre chez les personnes anormales). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41, 207-214.

Day H.I. (mai 1985). Time on their hands: How the unemployed spend their time (Ils ont du temps devant eux: comment les chômeurs passent leur temps). Helping the unemployed cope (Comment aider ceux qui sont au chômage). Conférence organisée par l'Institut Clarke de psychiatrie de Toronto.

Dinardo Q. (1971). Psychological adjustment to spinal cord injury (Adaptation psychologique après une lésion de la moelle épinière). Thèse de doctorat non publiée. Université de Houston (Texas).

Jan J.E., E.P. Scott & R.D. Freeman (1977). Visual impairment in children and adolescents (Déficience visuelle chez les enfants et les adolescents). New York, Grune & Stratton.

Land S. & S.E. Vineberg (1965). Locus of control in blind children (Locus de contrôle chez les enfants aveugles). Exceptional children, 31:4, 257-260.

Lefcourt H.M. (1976). Locus of control: Current trends in theory and research (Locus de contrôle: tendances actuelles de la théorie et des recherches). Hillsdale (New Jersey): Erlbaum.

Meighan T. (1971). An investigation of the self-concept of blind and visually handicapped adolescents (Une étude de la perception de soi chez les adolescents aveugles ou déficients visuels). New York: American Foundation for the Blind.

Meyerson H. (1968). Sense of competence in the spinal cord injured (Sentiment de compétence chez les victimes de lésions de la moelle épinière). Thèse de doctorat non publiée. Université de Houston (Texas).

Miller H.W. (1970). Manifest anxiety in visually impaired adolescents (Anxiété évidente chez les adolescents déficients visuels). Educating the Visually Handicapped, 2:3, 91-95.

Perlmuter L.C. & R.A. Monty, Editeurs (1979). Choice and perceived control (Choix et perception du contrôle). Hillsdale (New Jersey): Erlbaum.

Roessler R.T. & S.E. Boone (1979). Locus of control, self-esteem, and hope for individuals with visual impairments (Locus de contrôle, estime de soi et espoir chez les sujets déficients visuels). Rehabilitation Counseling Bulletin, 22:5, 448-450.

Rotter J.B. (1954). Social learning and clinical psychology (Apprentissage social et psychologie clinique). Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice-Hall.

Rotter J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement (Attentes généralisées pour le contrôle du renforcement interne par opposition au renforcement externe). Psychological Monographs, 80 (1, no 609).

Scott R. (1976). The Making of Blind Men (La formation des aveugles). New York: Fondation Russell Sage.

Swenson E. (1976). The relationship between locus of control expectancy and successful rehabilitation of the spinal cord injured (Lien entre les possibilités d'application du locus de contrôle et la réussite pour la réadaptation des victimes de lésions de la moelle épinière). Thèse de doctorat non publiée. Université de l'Arizona.

Wright B.A. (1983). Physical disability - A psychological approach (Le handicap physique: une approche psychologique). (2e édition). New York: Harper & Row.

RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES DE L'ÉTUDE SUR LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION*

R.I. Brown, M.B. Bayer et C.M. MacFarlane
Université de Calgary

Introduction

De nombreuses recherches ont été faites depuis le début des années 50 dans le domaine de la réadaptation des déficients mentaux; elles se divisent en quatre secteurs principaux:

1) les changements qui ont été enregistrés dans le développement cognitif des personnes déficientes mentales (par exemple, Clarke & Clarke, 1974),

2) les données relatives à la survie et à la vie dans la collectivité des personnes déficientes mentales pendant un certain nombre d'années (par exemple, Edgerton, 1967),

3) les changements opérés dans les méthodes des programmes et qui ont sans doute eu une influence sur l'efficacité de l'apprentissage (par exemple, Feuerstein, 1979), et

4) l'établissement d'une preuve clinique associée à de graves lésions cérébrales suite à la naissance ou pendant les années de développement, qui montre que des changements importants s'opèrent en cours de développement malgré les effets de lésions génétiques ou organiques physiques (par exemple, Smith, 1983).

Mais en dépit des changements qui ont été observés, il est encore permis de s'interroger sur les raisons qui

---

* Cet exposé a été rédigé à partir des données sur l'étude des programmes de réadaptation menée à l'Institut de recherche sur la réadaptation et la vie professionnelle; cette étude a été subventionnée (n° 4558-29-4) dans le cadre du programme national des subventions pour le bien-être social, Santé et Bien-être social Canada. Les vues exprimées sont celles des auteurs.

précipitent ces changements et sur les méthodes à mettre au point pour diversifier les types de programmes qui existent maintenant au Canada. L'étude des programmes de réadaptation a été entreprise pour répondre à des questions comme celle-ci: y a-t-il moins de personnes déficientes mentales réadaptées à la vie de la collectivité? Si oui, cette situation est-elle due a) à un changement des populations servies, b) au retour dans des établissements de personnes qui avaient été réadaptées, ou c) à des changements économiques et à une modification des attitudes au sein de la collectivité qui ne permettent pas une réadaptation efficace? Toute modification du taux de réadaptation peut-être due à une combinaison de ces facteurs ou à d'autres éléments.

Un des buts essentiels de nos recherches est de mieux comprendre le style de vie des femmes et des hommes handicapés et l'effet des services de réadaptation sur leur dépendance. Nous aimerions obtenir des renseignements sur la réussite de personnes handicapées dans la collectivité selon différentes perspectives sociales et professionnelles. L'étude traite également d'un certain nombre d'autres questions importantes. Par exemple, la réadaptation se fait-elle dans suffisamment de domaines? Les programmes sont-ils suffisamment "orientés vers la personne" pour que les finances soient utilisées le plus judicieusement possible dans le but de développer des services dans ce domaine?

L'étude des programmes de réadaptation, commencée en octobre 1982, a duré plusieurs années. Elle a examiné le rendement et la qualité de la vie d'adultes déficients mentaux et les aspects sociaux et financiers de l'efficacité de la réadaptation; elle a également contrôlé les organismes offrant des services de réadaptation. Cette étude a touché 240 hommes et femmes handicapés qui ont reçu des services dans cinq centres de formation dans l'Ouest du Canada.

Les recherches

Conception

Nous avons rassemblé des mesures individuelles sur le comportement et les compétences de chaque client. Nous avons évalué les préoccupations et les perceptions des clients, ainsi que celles de leurs répondants (en général les parents) en ce qui concerne la qualité de la vie. Nous avons également évalué le milieu de travail et le milieu de vie.

Le modèle de recherche était une série séquentielle modifiée qui nécessitait la "présence d'un processus de

mesures périodiques sur un certain groupe... et l'introduction d'un changement expérimental dans la séquence de mesures, dont les résultats sont indiqués par une discontinuité des mesures enregistrées dans la séquence" (Campbell & Stanley, 1963, p. 37). Les données comportementales et socio-économiques ont été recueillies sur plusieurs années à intervalles réguliers (nous avons jusqu'à présent recueilli deux ans de données). Chaque période de recueil de données offrait des lignes de base à partir desquelles il était possible de jauger l'effet du programme de réadaptation ainsi que les mesures subjectives et objectives de la qualité de la vie des personnes handicapées dans ces programmes.

Les organismes et les clients

Les cinq organismes de l'Ouest du Canada qui ont participé au projet étaient des organismes de formation professionnelle pour adultes qui servent un vaste éventail de clients et insistent sur le placement et le suivi de ces personnes dans la collectivité. Les fonctions intellectuelles des clients étaient légèrement ou modérément altérées et les handicaps associés étaient très fréquents. Les aptitudes intellectuelles de certains étaient moyennes ou inférieures à la moyenne. L'âge des clients allait de 18 à 45 ans et plus, bien que la majorité ait été dans la vingtaine. Trois des organismes se trouvaient dans des grandes villes, tandis que les deux autres étaient situés dans des agglomérations plus petites.

Nous avons utilisé pour cette étude la notion de "recherche active" dont les mérites sont définis ailleurs (Whelan, Speake & Strickland, 1984; Mittler, 1977; Lewin, 1946). Cette méthode de recherche réduit le fossé entre les résultats obtenus et leur application à des organismes de réadaptation. Malheureusement, selon Blunden et Evans (1984) l'utilisation de cette notion n'a pas été largement adoptée.

Pour cette étude, nous avons consulté les organismes pour déterminer le rôle de l'équipe de recherche et du personnel. L'équipe de recherche a rencontré un certain nombre de fois les décideurs concernés par le travail, c'est-à-dire les membres du conseil, le personnel de direction, le personnel en contact direct avec les clients, les parents et répondants, pour les mettre au courant de la progression de l'étude, faire connaître les résultats et répondre à leurs questions. Nous avons également créé un comité consultatif composé de représentants des organismes pour qu'ils nous donnent leur avis sur l'étude.

La qualité de la vie et l'efficacité de la réadaptation

Nous avons défini la qualité de la vie comme étant l'écart entre ce que la personne a réalisé et ses besoins et désirs non satisfaits. Ces derniers ont été évalués à partir de rapports subjectifs du client sur ses conditions de vie dans différents domaines et d'une analyse objective de ces différents milieux. C'est en fonction de l'efficacité sociale, des résultats en matière de services et de l'efficacité financière que nous avons mesuré l'efficacité de la réadaptation d'un programme à parvenir aux buts fixés.

Instruments utilisés dans l'étude des programmes de réadaptation

Nous avons utilisé toute une gamme d'instruments d'évaluation mais nous ne présenterons brièvement ici que ceux qui se rapportent directement à l'analyse.

1) Indice de fonctionnement adaptatif. L'indice de fonctionnement adaptatif (Marlett, 1971) mesure les comportements jugés nécessaires pour pouvoir mener une vie indépendante. Il comprend trois éléments séparés: un test objectif d'éducation sociale, une liste de contrôle pour le milieu de travail et une autre pour l'habitation. Les cinq organismes, à l'exception d'un seul, ont utilisé régulièrement l'indice de fonctionnement adaptatif et nous avons offert des ateliers au cours de l'étude pour assurer une fiabilité normale entre les codeurs de 80 %. Les éléments socio-éducatif et professionnel de l'indice ont été utilisés par le personnel en contact avec les clients chaque année où le client fréquentait l'organisme. La liste de l'élément "habitation" a été remplie par les organismes offrant un logement au client. Une fois le client parti, le test d'éducation sociale a été refait chaque année.

2) Formule d'évaluation annuelle du client. Pour chaque client, le personnel de l'organisme nous a fourni une évaluation du nombre, du type et de la durée des programmes de formation, des placements en résidence, des placements professionnels, ainsi que les chiffres relatifs à l'assiduité aux programmes.

3) Questionnaire sur la qualité de la vie du client. Une fois par an, les clients ont été interviewés à partir d'un questionnaire individuel structuré. On leur demandait d'évaluer leur vie dans un certain nombre de domaines, notamment: l'habitation, la santé, les loisirs, l'image de soi, la gestion financière, le mariage, les relations sociales et les questions juridiques. Les clients semblaient apprécier ces possibilités de parler de leur vie et, dans de nombreux cas, étaient très sincères et capables de bien s'exprimer.

4) Questionnaire sur la qualité de la vie des parents/répondants. Un questionnaire semblable à celui utilisé avec les clients a été envoyé une fois par an aux parents ou aux répondants. Lorsque ce fut nécessaire, l'équipe de recherche a passé un temps considérable à interviewer les parents au téléphone ou en face à face. Du point de vue de l'équipe de recherche, les résultats de ces questionnaires étaient vitaux étant donné qu'ils constituaient une mesure de fiabilité pour les renseignements obtenus par le client et offraient une évaluation fiable et précise de la qualité de la vie du client. Bien que certains parents aient été au début un peu inquiets sur la façon de remplir le questionnaire, les renseignements obtenus sur l'utilité de notre recherche et du questionnaire ont été généralement positifs. Un partent a même indiqué que ce questionnaire offrait une structure avec laquelle il pouvait obtenir des renseignements auprès de l'organisme et qu'il l'aidait à jouer un rôle actif et non passif comme membre de l'équipe de programmation.

Résultats

Une analyse de la grille sur le niveau des handicaps (Marlett, 1975) indique que le plus grand handicap des clients se situait dans le domaine de la socialisation et de la communication; de la même façon un examen des résultats obtenus par l'indice de fonctionnement adaptatif (Marlett, 1971) montre des problèmes particuliers dans le domaine de la sociabilité et des aptitudes à vivre en famille, avec des points forts relatifs pour ce qui est du rendement professionnel au niveau non qualifié et spécialisé. Ces données, qui sont stables d'une année sur l'autre, fournissent des éléments

intéressants lorsque nous examinons les réponses au questionnaire des parents et des répondants. La figure 1 montre le pourcentage des hommes et des femmes qui ont besoin d'aide dans divers domaines. Nous noterons que des activités comme tenir la maison, prévoir des menus, acheter l'épicerie, établir un budget, faire de petites réparations (comme remplacer une ampoule), montrent toutes qu'il est nécessaire de former la personne et de la surveiller beaucoup. Les clients se voient de façon quelque peu différente mais le thème est assez constant.

La figure 2 présente l'examen des activités de loisirs. Une analyse de ces activités montre qu'elles sont conformes d'assez près aux vues de Nash (1953) sur les activités de niveau 1 à 4 dans ce domaine. Les activités les plus appréciées et auxquelles les clients participaient le plus semblent celles que nous pourrions décrire comme concrètes, tandis qu'une grosse activité physique abstraite, ou des activités qui permettent de se réaliser, se situent à un niveau relativement bas. La plupart des personnes sont des observateurs isolés, ce qui constitue à notre avis un problème grave lorsqu'il s'agit de sociabilité.

Au cours de la première année de l'étude, nous avons atteint le chiffre de 2 % de personnes placées par mois (voir tableau 1), ce qui représente dans l'ensemble pour les organismes un taux de réussite extrêmement bas. Il ne faut pas oublier que nous en étions alors à la première année de l'étude et que l'échantillon comptait un certain nombre de nouveaux clients. On pourrait donc penser qu'il s'agit là du chiffre de placements le plus bas pendant l'étude. Pourtant, puisque de nombreuses personnes avaient passé dans l'organisme un temps considérable, le fait que ce chiffre soit aussi bas est néanmoins préoccupant. Ceci est en vérité plus alarmant encore lorsque l'on considère que sur le nombre total de sujets, seulement 1 % représentait des placements mensuels dans des emplois rémunérés et que presque un tiers des placements dans cette catégorie correspondait à des emplois à temps partiel. Au cours de la première année de l'étude, quatre personnes (femmes) ont quitté leur organisme pour aller travailler. Trois de ces personnes ont trouvé un emploi à temps plein, la quatrième un emploi à temps partiel. Au cours de la deuxième année de l'étude, treize personnes (six hommes et sept femmes) ont trouvé un emploi après avoir quitté leur organisme : 8 (3 hommes et 5 femmes) ont trouvé un emploi à temps plein et 5 autres (3 hommes et 2 femmes) ont trouvé un emploi à temps partiel.

Nous analysons actuellement la seconde année de l'étude au cours de laquelle le taux mensuel de placement

FIGURE 1

Réponses des Parents et des Répondants au Questionnaire - 1ère Année a Besoin de Surveillance et n'est pas Responsable

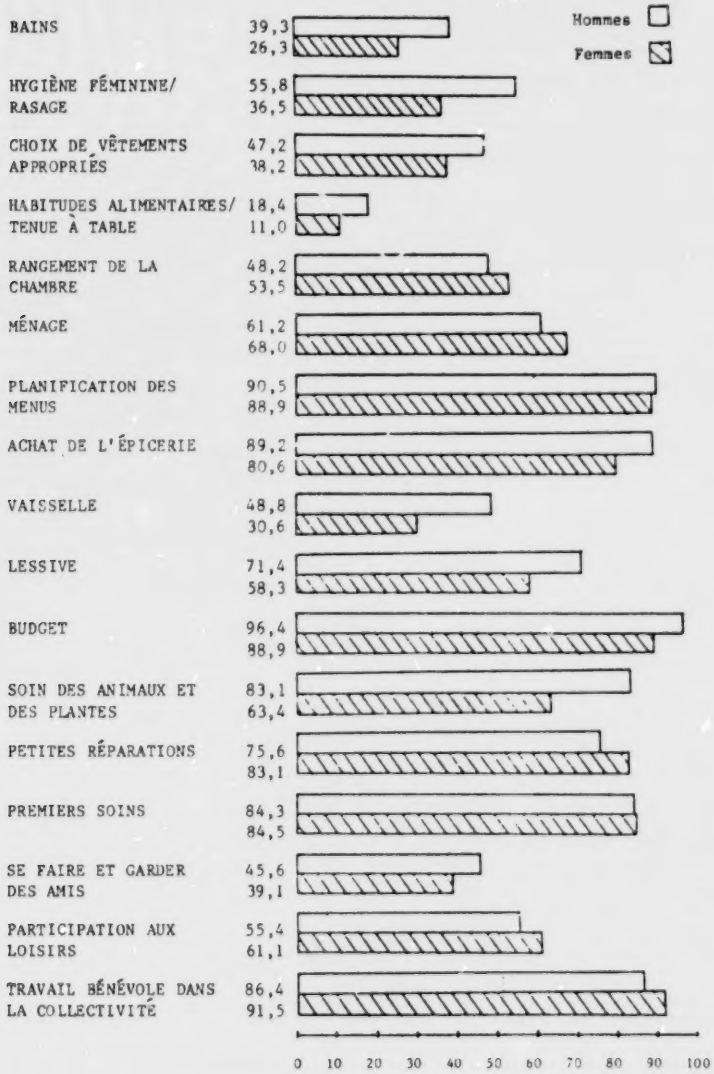
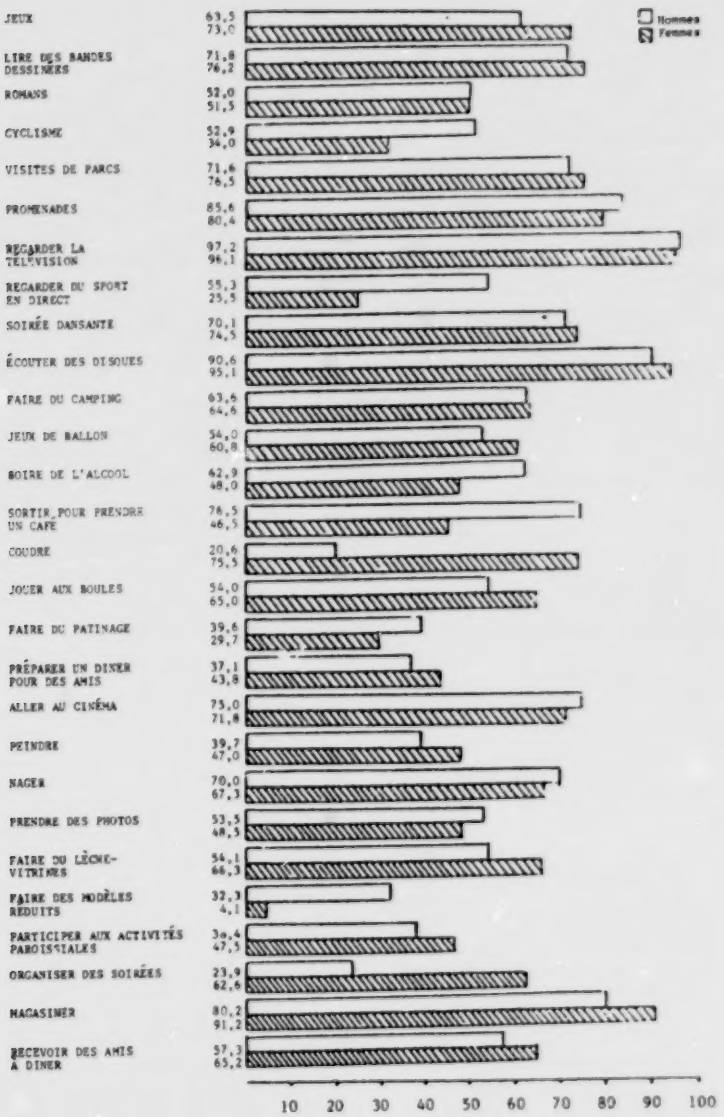


Figure 2

Activités de Loisirs Auxquelles le Client Participe Parfois (par Sexe) Questionnaire du Client 1ère Année



est passé à 8 %. Les placements mensuels dans des emplois rémunérés sont passés à 2,5 % mais le rapport d'un emploi à temps partiel pour deux emplois à temps plein s'est maintenu. De plus, un certain nombre de personnes s'étaient engagées dans du travail bénévole à temps plein et un nombre croissant avait été placé ailleurs : elle suivaient notamment des cours dans des collèges communautaires et des programmes récréatifs.

Les réponses au questionnaire des superviseurs laissent penser que la formation individuelle et collective occupait une moyenne de 30 à 40 % du temps de travail du personnel en contact direct avec les clients.

Coût des programmes de réadaptation

Nous avons obtenu les coûts directs et indirects des programmes en consultant les registres comptables et les états financiers des organismes. Les dépenses directes d'exploitation pour chaque programme correspondent aux salaires et aux avantages sociaux du personnel, aux fournitures et services et à toute rémunération accordée aux clients dans des modules de formation professionnelle. Les coûts indirects correspondent à toutes les autres dépenses faites par un organisme pour ses programmes de réadaptation mais qui ne peuvent pas être directement attribués à un module particulier de formation ou de service; ils correspondent aux frais administratifs (salaires du personnel administratif, services comptables, imprimerie, entretien des installations).

Les données relatives à la présence quotidienne des clients participant à chacun des divers programmes de formation et de service ont été obtenues à partir de dossiers conservés dans chaque module et dont nous avons extrait les données de participation quotidienne pour les clients de l'étude. Le pourcentage du nombre de jours de présence par client et du nombre total de jours pour chaque centre a fourni la proportion des coûts totaux attribués aux clients de l'étude. Nous avons alors calculé pour chaque centre le coût moyen des programmes par journée-client en divisant les coûts totaux pour les clients de l'étude par les jours de présence des clients.

Nous résumons dans le tableau 2 le coût des programmes pour l'exercice financier 1983-1984 par organisme. Les organismes qui offrent toute une gamme de service et ceux des grandes villes tendent à avoir des coûts plus élevés que l'organisme d'une petite ville

TABLEAU 1

Type de Placement de Jour - Total pour la 1e et la 2e Année*

TYPE DE PLACEMENT DE JOUR	TOTAL 1e ANNÉE	TOTAL 2e ANNÉE
Formation professionnelle Organisme d'accueil	2 793	2 594
Formation professionnelle Autre programme	0	53
Industrie protégée	2	27
Emploi à temps partiel	10	28
Emploi à temps plein	20	45
Bénévole à temps partiel	18	9
Bénévole à temps plein	0	12
Autre programme à temps partiel**	5	55
Absence de programme de jour	14	101

			Année 1	Année 2
PLACEMENTS MENSUELS	=	Somme des personnes placées chaque mois pour chaque mois / Somme du nombre total de personnes dans l'étude chaque mois pour chaque mois	= 2,0 %	8,0 %
PLACEMENTS MENSUELS (EMPLOI)	=	Somme des personnes placées dans un emploi rémunéré chaque mois pour chaque mois / Somme totale des personnes placées chaque mois pour chaque mois	= 1,1 %	2,5 %
PLACEMENTS MENSUELS (TRAVAIL BÉNÉVOLE)	=	Somme des personnes placées dans un travail bénévole chaque mois pour chaque mois / Somme totale des personnes placées chaque mois pour chaque mois	= 0,6 %	0,7 %

* Totaux cumulatifs

** Autres programmes de jour: cours dans des collèges communautaires, programmes récréatifs.

(voir tableau 2). Il existe également une grande variabilité dans les coûts des programmes et dans les mesures du rendement des clients selon les différents organismes, mais certaines corrélations se dégagent (tableau 3). Dans l'organisme qui a les coûts moyens par journée-client les plus bas, le personnel a passé le moins de temps à la formation des clients, et les clients ont obtenu les résultats les plus élevés à la grille de Marlett (1975) sur les handicaps en matière de sociabilité, de communication et de développement (c'est-à-dire ont le plus grand handicap), et ont eu les résultats les plus bas (c'est-à-dire les plus minimes) aux échelles socio-éducative et professionnelle de l'indice de fonctionnement adaptatif (Marlett, 1971). Dans l'organisme qui a le coût moyen par journée-client le plus élevé, le personnel se trouvait en seconde position pour le temps consacré à la formation des clients, et les clients se plaçaient également en second sur l'échelle socio-éducative de l'indice de fonctionnement adaptatif. Il semble donc qu'il y ait une forte corrélation entre le temps passé par le personnel aux activités de formation pour l'aptitude de ce dernier à fonctionner socialement. On pourrait également s'attendre à ce que les coûts des programmes soient plus élevés lorsque le personnel passe plus de temps aux activités de formation pour les clients. Nous avons néanmoins remarqué des anomalies pour deux organismes dont les coûts moyens des programmes sont bas et dont le personnel passait à la formation des clients un temps supérieur à la moyenne. L'organisme ayant le rapport client-personnel le plus élevé a des coûts de programmes inférieurs à la moyenne.

Analyse

Les résultats soulignent un certain nombre de caractéristiques clés qui pensons-nous se retrouvent dans d'autres domaines lorsqu'il s'agit de programmes à l'intention des personnes déficientes mentales. Malgré des travaux antérieurs faits par Gunzburg (1968), et plus récemment par Whelan et Speake (1981), Brown et Hughson (1980) et Parmenter (1976) qui parlent tous de l'importance de programmes intégrés, il est clair que dans les cinq organismes sélectionnés pour cette étude, c'est dans les domaines de la sociabilité, des loisirs et de la vie à la maison que les personnes ont eu le plus besoin d'aide, car ici la majorité a eu des résultats assez médiocres. Les parents et les répondants tout comme les clients ont noté ces problèmes.

TABLEAU 2

Récapitulatif des coûts des programmes par organisme pour l'exercice financier 1983-84

Organisme	Nombre de sections de frais	Nombre de clients RPS	Coût moyen par journée-client et par section de frais	Coût moyen par journée-client et par organisme[a]	Coût moyen annuel par client[b]
1	16	100	44,31 $	708,96 $	20 830 $
2	8	93	31,41	251,28	9 029
3	2	12	45,55	91,10	9 785
4	1	16	33,95	33,95	6 536
5	1	19	15,34	15,34	2 625

[a] Coût moyen par journée-client et par section de frais multipliés par le nombre de sections de frais.

[b] Coûts totaux annuels attribués aux clients de l'étude divisés par le nombre de clients de l'étude.

TABLEAU 3

Coût des programmes, rapport de formation, handicap des clients et résultats à l'indice de fonctionnement adaptatif (1ère année)

	Organisme				
	1	2	3	4	5
Coût moyen des programmes par journée-client et par section de frais ($)	44,31	31,41	45,55	33,95	15,34
Rapport des clients de l'organisme au personnel total de l'organisme	2,7	3,2	4,3	8,8	5,7
Temps passé par le personnel à la formation des clients (%)[a]	41,0	41,6	45,0	47,8	27,5
Résultat moyen à la grille (Socialisation et communication)[b]	1,70	1,66	1,67	1,07	2,74
Résultat moyen à la grille (Aptitudes de développement)[b]	1,56	1,51	1,67	1,53	2,10
Résultat moyen à l'indice de fonctionnement adaptatif (Socio-éducatif)[c]	81,4	68,7	100,1	119,4	48,7
(n)	(103)	(95)	(15)	(15)	(19)
Résultat moyen à l'indice de fonctionnement adaptatif (Professionnel)[c]	83,8	83,4	86,0	-	69,8
(n)	(108)	(74)	(16)		(19)

[a] Tableau 2
[b] Marlett (1975)
[c] Marlett (1971)

Le fait que de nombreux organismes se concentrent encore sur la réadaptation professionnelle et que les taux de placement dans la collectivité soient faibles soulève une question importante. Le nombre de personnes handicapées qui séjournent longtemps dans ces organismes constituent progressivement une population institutionnalisée qui n'est pas très différente de celle rencontrée dans les hôpitaux traditionnels pour personnes arriérées. Il apparaît ainsi que la normalisation et l'intégration préconisées par le Canada n'existe pas pour de nombreuses personnes de l'étude. En fait, aucune personne de notre étude qui a participé au programme pendant 144 mois ou plus n'a été replacée dans la collectivité. Les données relatives aux coûts indiquent que les progrès les plus minimes du client sont liés à une moindre formation et à un coût plus bas. Ce sont là des faits qui laissent penser que la réponse ne réside pas simplement dans un financement plus important mais dans une utilisation différente des sommes allouées actuellement.

Cette situation laisse penser que la direction actuelle de la réadaptation professionnelle mérite d'être examinée très soigneusement. Nous nous demandons si, dans les organismes de réadaptation, l'accent doit être mis sur la formation professionnelle. Il semble plutôt qu'un programme intégré comprenant une formation à la sociabilité et à la vie dans une maison soit nécessaire. La maison des parents pourrait souvent permettre cette formation ou donner des occasions d'acquérir des aptitudes particulières dans ces domaines, bien que nous pensions que de nombreux parents ne souhaitent pas s'acquitter de ces fonctions. Ceci indique également la nécessité de réorganiser les programmes et de former le personel de réadaptation. Sans compétence dans ces domaines, il semble très improbable que les personnes réussissent à se placer, car même dans une meilleure conjoncture économique, lorsque les personnes handicapées pouvaient trouver facilement un emploi, des problèmes ont fréquemment surgi dans le domaine de la sociabilité (Brown et Hughson, 1980).

Cette situation laisse également penser qu'il est nécessaire d'évaluer la formation du personnel ainsi que ses activités quotidiennes. Les données de l'étude indiquent que le personnel en contact direct avec les clients ne passe seulement qu'environ un tiers de son temps à la formation individuelle ou collective. De plus, cette activité a presque toujours lieu dans le cadre de l'organisme de réadaptation lorsqu'il est prouvé que c'est dans la collectivité locale et dans le milieu familial que la formation et le soutien sont nécessaires.

Il est important de s'assurer que ceux qui travaillent sur le terrain réalisent que le travail de réadaptation est une oeuvre de longue haleine. Sur une période de deux ans, les clients de l'étude ont très peu changé. Afin d'élaborer des programmes il est nécessaire que le personnel concerné acquière un degré beaucoup plus élevé de compétence professionnelle et qu'il soit possible d'offrir de nouveaux types de programmes. La mise au point d'ensembles de programmes, par exemple la préparation d'un programme d'études par Hughson, Berrien and Brown en 1978 ou le travail de Whelan et Speake (1979) ainsi que certaines techniques comportementales composées par Martin et ses collègues au Manitoba, ont besoin d'être reconnues dans le cadre de la réadaptation au Canada (Martin et Pear, 1983).

Les données sur le temps de loisirs indiquent que la plupart des clients n'ont pas pu réaliser leur potentiel (par exemple en organisant des activités de loisirs sociaux) et, dans de nombreux cas, ont montré peu d'intérêt pour les aptitudes sociales, physiques ou récréatives. Or, nous pensons que ces aptitudes fournissent des occasions particulières pour développer la résistance physique, la motivation, l'attention et la socialisation. Sans une certaine expérience positive dans ces domaines, la personne peut ne pas réussir dans d'autres secteurs comme l'emploi, car il s'agit là de qualités nécessaires pour réussir professionnellement.

Généralisation des résultats

On peut se demander dans quelle mesure ces résultats s'appliquent à l'ensemble du pays. Nous n'avons pas de raison de penser que, d'après notre éventail de consultation et de pratique dans différentes régions du Canada, ces résultats ne sont pas typiques. Nous pensons de plus que les principes importants pour la réadaptation dans ce domaine s'appliquent également au travail dans d'autres domaines de la réadaptation (voir Brown, 1984). Les questions du handicap lié au comportement sont essentiellement celles qui affectent l'affirmation de soi, la motivation, les loisirs et la sociabilité dans la vie à la maison et les secteurs qui y sont liés. Tout ceci suppose des qualités très pratiques qui sont nécessaires quotidiennement. Bien que de nombreuses questions restent sans réponse, la situation laisse penser que certaines d'entre elles ont besoin d'être examinées avec beaucoup plus de soin dans un contexte de recherche et développement et il faudrait pouvoir ensuite appliquer les solutions, de façon professionnelle et logique, aux groupes de réadaptation.

BIBLIOGRAPHIE

Blunden R. & G. Evans (1984). A collaborative approach to evaluation (Une approche collective pour l'évaluation). Journal of Practical Approaches to Developmental Handicap, 8(1), 14-18.

Brown R.I. (1984). Integrated programs for handicapped adolescents and adults (Programmes intégrés pour les adolescents et les adultes handicapés). London: Croom Helm. New York: Nichols Publishing Co.

Brown R.I. & E.A. Hughson (1980). Training of the developmentally handicapped adult (Formation de l'adulte déficient mental). Springfield (Illinois): Charles C. Thomas.

Campbell D.T. & J.C. Stanley (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research (Méthodes expérimentales et quasi expérimentales pour les recherches). Chicago: Rand McNally College Publishing Co.

Clarke A.M. & A.D.B. Clarke (1974). Mental deficiency: The changing outlook (La déficience mentale: une nouvelle perspective). New York: The Free Press.

Edgerton R. (1967). The cloak of competence. Los Angeles: University of California Press, Berkeley.

Feuerstein R. (1979). The dynamic assessment of retarded performers (Evaluation dynamique des déficients). Baltimore: University Park Press.

Gunzburg H.C. (1968). Social competence and mental handicap (Sociabilité et déficience mentale). London: Bailliere, Tindall and Cassell.

Hughson E.A., V. Berrien & R.I. Brown (1978). Teaching the moderately and severely handicapped objectives, strategies and activities, I, II, III. Baltimore: University Park Press.

Lewin K. (1946). Action research and minority problems. Journal of Social Issues, 2, 34-46.

Marlett N.J. (1975). Resources for handicapped people: A Calgary community plan, feasibility study (Ressources pour les personnes handicapées: une étude de faisabilité et un plan d'action communautaire pour Calgary). Edmonton: Services sociaux et santé communautaire de l'Alberta.

Marlett N.J. (1971). Adaptive functioning index (Indice de fonctionnement adaptatif). Calgary: Vocational and Rehabilitation Research Institute.

Martin G. & J. Pear (1983). Behavior modifications: What it is and how to do it (Modifications du comportement: ce qu'elles sont et comment agir) (2e édition). Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Mittler P. (1977). Research to practice in mental retardation: Care and intervention (Recherches pour une pratique en matière de déficience mentale: soins et interventions), Volume 1. Baltimore: University Park Press.

Nash J.B. (1953). Philosophy of recreation and leisure (Philosophie des loisirs). Dubuque (Iowa): William C. Brown Company.

Parmenter T. (1976). The vocational development of the learning disabled: Implications for life-long learning (Le perfectionnement professionnel des personnes ayant des difficultés d'apprentissage: des possibilités pour L'éducation continue). Australian Journal of Mental Retardation, 4, 8-14.

Smith A. (1983). Overview or "underview"? Comment on Satz and Fletcher's "Emergent trends in neuropsychology: An overview". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(5), 768-775.

Whelan E. & B. Speake (1981). Getting to work (Aller travailler). London: Human Horizon Series, Souvenir Press (E & A) Ltd.

Whelan E. & B. Speake (1979). Learning to cope (Apprendre à faire face). London: Souvenir Press.

Whelan E., B. Speake & T. Strickland (1984). Action research -- Working with adult training centres in Britain. In R.I. Brown (Editeur), Integrated programmes for handicapped adolescents and adults (Programmes intégrés pour adolescents et adultes handicapés). London: Croom Helm.

ADAPTATION DU SYSTÈME MICRO-TOWER À DES CLIENTS PSYCHIATRIQUES CANADIENS

Hy Day
Université York

Terry Krupa
Institut Clarke de psychiatrie

RÉSUMÉ

Lorsque le système d'évaluation professionnelle Micro-TOWER a été adopté par le département des services de réadaptation de l'Institut Clarke de psychiatrie, il a été décidé que les normes américaines pouvaient ne pas convenir à la clientèle de l'Institut Clarke. Cet Institut a donc analysé les données des 150 premiers répondants et les a comparées aux normes du Centre international des handicapés de New York.

Bien que de nombreux résultats aient été semblables à ceux des normes publiées, nous avons trouvé que les répondants de l'Institut Clarke tendaient à avoir des résultats plus élevés que a population de malades psychiatriques à partir de laquelle les normes du Centre international de New York avaient été établies. Il n'y avait virtuellement aucune différence entre les hommes et les femmes testés. Une analyse factorielle a permis de dégager trois facteurs contre cinq identifiés par le Centre international de New York, de sorte que nous avons eu une répartition plus claire des secteurs de travail évalués par l'instrument.

ADAPTATION DU SYSTÈME MICRO-TOWER À DES CLIENTS PSYCHIATRIQUES CANADIENS

La conception des services de réadaptation professionnelle pour des malades hospitalisés et des clients de la communauté est fondée sur l'existence d'instruments appropriés pour évaluer le comportement de ces personnes de façon à prévoir leurs possibilités de fonctionnement ultérieur. Dans la littérature sur le sujet, on a continuellement souligné que le bilan

---

Testing Orientation and Works Evaluation in Rehabilitation (test, orientation et évaluation du travail en réadaptation)

fonctionnel était l'indice essentiel d'excellents résultats professionnels futurs (Crewe & Turner, 1984). Ceci est particulièrement vrai avec les clients "affectivement fragiles" ainsi que l'a montré récemment une étude de Anthony et Jensen (1984).

Cet exposé présente le travail réalisé à l'Institut Clarke de psychiatrie de Toronto pour créer des normes à utiliser avec des malades psychiatriques de Toronto en se servant du Micro-TOWER, instrument de simulation de travail. Bien que le Centre international des handicapés, qui a mis au point et produit le Micro-TOWER, ait publié une série de normes à l'intention des organismes utilisant cet instrument, ces normes s'appuient sur des échantillons américains qui peuvent être tout à fait différents d'échantillons canadiens. (Voir dans la bibliographie la liste des publications du Centre international des handicapés.)

État des connaissances

L'évaluation du travail de diagnostic est devenue l'une des activités importante du processus de réadaptation professionnelle (Dunn, 1971; Hoffman, 1973; Meister, 1976; Nadolski, 1972; Pruitt, 1977). Elle a non seulement servi à compléter les tests psychologiques et professionnels mais aussi à remplacer jusqu'à un certain point les mesures utilisant le papier et le crayon (Anthony & Jensen, 1984). Neff (1970) a déclaré que "on peut mieux comprendre le comportement si on l'assimile à un jeu de transactions très complexes entre l'individu et son environnement" (p. 28). Si nous suivons cette déclaration, il est clair que le meilleur moyen d'évaluer le potentiel professionnel des personnes est de les placer dans une situation réelle de travail où l'on peut étudier leur comportement. Par exemple, la pratique du "travail à l'essai" a maintenant été adoptée par un certain nombre d'organismes de réadaptation professionnelle (y compris l'Institut Clarke) sous la forme de "postes de travail" où le malade se voit confier un travail réel et où il est évalué en étant étroitement contrôlé. Mais ce système est cher et prend du temps; il ne peut donc être utilisé qu'avec un petit nombre de malades.

---

[1] Nous adressons nos remerciements au personnel du Département des services de réadaptation de l'Institut Clarke de psychiatrie pour sa collaboration au recueil des données.

Ainsi, un certain nombre d'organismes américains de réadaptation se sont tournés vers le secteur de la sélection du travail que l'on appelle aussi l'évaluation du travail. Ce mouvement est, au moins partiellement, l'initiative de psychologues qui ont commencé, au début de ce siècle, à tester des personnes pour des emplois dans l'industrie, en les mettant directement à travailler dans une situation simulée; ce fut ainsi le cas du "trolley" de Hugo Munsterberg, instrument utilisé pour sélectionner les futurs conducteurs de tramway. Mais de nombreux psychologues tendent à préférer les tests papier-crayon et à s'occuper de l'intelligence et des traits de la personnalité plutôt que du rendement.

Aux États-Unis, l'armée et la défense ont également introduit des simulations de travail dans leur formation; elles faisaient ainsi partie de la sélection et de la formation des pilotes d'avion et de la formation des espions comme le OSS (Office of Strategic Services) pendant la Seconde Guerre Mondiale.

L'apport le plus grand peut-être au domaine de l'évaluation du potentiel de travail dans la réadaptation a été celui de l'ergothérapie sous le titre "test pré-professionnel" (Cromwell, 1960). En général, la méthode de l'ergothérapie s'appuyait principalement sur l'évaluation des possibilités physiques et de la tolérance au travail. Par ailleurs, l'ergothérapie reconnaissait qu'il valait mieux définir les différents aspects d'une tâche plutôt que considérer un travail dans son ensemble. Ainsi, l'évaluation du travail s'est vraiment déplacée vers une évaluation du poste puis vers une évaluation de la tâche spécifique, et on a mesuré des aptitudes comme la dextérité, l'utilisation des doigts et des mains, la coordination des yeux et des mains, etc. Ceci a permis à l'observateur de généraliser les tests spécifiques d'évaluation du travail à de nombreux emplois différents.

Cette méthode s'est trouvée développée lorsque le gouvernement américain a mis sur pied un projet visant à diviser les qualités requises pour un emploi en diverses compétences professionnelles et a établi des critères minimaux nécessaires pour catégoriser certains emplois. Il a reconnu que la dextérité des doigts était plus importante pour réparer des montres que pour jardiner et a consigné tous ces éléments dans un Dictionary of Occupational Titles (Dictionnaire des fonctions professionnelles). Les organismes de réadaptation se sont ainsi trouvés encouragés à mettre au point des instruments de travail simulé dans un but d'évaluation et de sélection.

Il existe actuellement dans le commerce 11 systèmes américains différents. Pour choisir celui qui serait le plus approprié pour l'Institut Clarke de psychiatrie, le personnel a étudié toutes les autres possibilités et a pris connaissance de la documentation existante (par exemple, Pruitt, 1977). La décision a été prise d'acheter le Micro-TOWER et de l'adapter aux malades psychiatriques canadiens.

Bien que le Micro-TOWER ait été utilisé pendant plus de huit ans aux États-Unis dans au moins 18 centres avec des milliers de personnes présentant de nombreux types de handicaps, il faut noter deux faits importants. Le premier est qu'il n'y a pas de normes pour les utilisateurs canadiens quel que soit leur handicap. Il n'existe pas non plus de normes pour la population en général, même aux États-Unis, de sorte qu'il n'est pas possible de comparer, au sein d'une situation professionnelle analogue, les personnes testées ayant des handicaps avec des ouvriers de l'industrie et employés de bureau. Puisque l'utilité d'un outil d'évaluation dépend de la façon dont il permet de comparer le comportement des utilisateurs au comportement de ceux d'un groupe témoin à qui ils ressemblent le plus, l'adoption d'un instrument d'évaluation du travail doit s'accompagner d'un essai de mise au point de deux séries de normes: une pour la population utilisant l'instrument et une autre pour la population vers qui les utilisateurs seront dirigés pour être placés. Les tentatives de l'Institut Clarke pour offrir une aide financière de façon à mettre au point une série de normes pour la population canadienne ont été infructueuses. Nous établissons pourtant actuellement des normes pour les malades de l'Institut Clarke qui viennent pour que l'on puisse envisager et planifier une réadaptation professionnelle.

Méthode

A. Description de l'échantillon

On trouvera dans le tableau 1 une description précise des clients qui ont été référés à l'Institut Clarke de psychiatrie pour des services de réadaptation.

Tous les clients ne sont pourtant pas normalement testés avec le Micro-TOWER. Le système est plutôt utilisé en majorité pour tester les jeunes malades, hommes et femmes, qui ont eu une expérience professionnelle ou aspirent à entrer sur le marché du travail comme ouvriers spécialisés ou non qualifiés, ou dans des emplois de bureau ou dans la vente. L'échantillon de l'Institut Clarke était donc un sous-ensemble de la

TABLEAU 1

Description des malades traitées dans les services de réadaptation et testés avec le Micro-TOWER

	Rédaptation		Micro-TOWER	
Nombre	410		147	
Sexe				
Hommes	265	(65 %)	99	(67 %)
Femmes	145	(35 %)	48	(33 %)
Âge				
Moyenne (E.T.)	29,4	(9)	28,6	(7,0)
N° d'hospitalisations				
Moyenne (E.T.)	2,25	(1,65)	2,50	(1,55)
Types de malades				
Malades internes	94	(23 %)	24	(16 %)
Malades externes	316	(77 %)	123	(84 %)
Diagnostic				
Schizophrénie	175	(43 %)	75	(51 %)
Niveau d'étude				
Ecole primaire seulement	58	(14 %)	17	(12 %)
Au-delà de l'école primaire	336	(82 %)	108	(73 %)
Profession				
Ouvriers qualifiés	28	(7 %)	14	(9 %)
Ouvriers spécialisés	210	(51 %)	88	(60 %)
Travail de bureau/vente	66	(16 %)	22	(15 %)
N'ont jamais travaillé	25	(6 %)	0	(0 %)

population totale référée à l'Institut pour des services de réadaptation, mais ne lui était pas semblable.

L'instrument

Le Micro-TOWER est un système d'évaluation professionnelle utilisé avec différents groupes de handicapés, qui permet à l'utilisateur de définir un profil professionnel pour aider le malade à formuler ses plans de travail. Il mesure cinq groupes d'aptitudes générales (motrice, spatiale, perceptive dans le cadre d'un bureau, verbale, numérique) que l'on considère habituellement comme utiles pour des emplois d'ouvrier spécialisé et d'employé de bureau. Il comporte également une partie qui identifie le type de troubles de l'utilisateur et leur étendue.

Le système comprend la présentation de treize travaux simulés à des groupes de clients pour des périodes d'apprentissage suivies d'une évaluation. Outre les activités pratiques, il y a également des discussions en groupe et des présentations de renseignements professionnels; par ailleurs les clients et les évaluateurs remplissent des formulaires pour évaluer le comportement et les attitudes. L'évaluation d'un groupe de clients comptant jusqu'à six personnes peut prendre normalement cinq jours de test.

Pour standardiser le processus, les instructions de chacun des treize travaux simulés sont enregistrées sur bande. Les clients peuvent également réduire l'effet d'un manque d'expérience antérieure avec le travail simulé en s'exerçant, en regardant des démonstrations par l'observateur et en ayant des suppléments oraux d'explication. On a volontairement donné un minimum d'instructions et de documents écrits de façon à réduire les différences d'aptitude à la lecture. Finalement, des discussions en groupe ont lieu à la fin de chaque journée et les clients sont encouragés à parler des tests qu'ils ont subis pendant la journée ainsi que de leurs buts professionnels et des problèmes relatifs au travail.

Résultats

Nous avons testé avec le Micro-TOWER un total de 147 personnes, mais nous n'avons pu disposer des données complètes pour quelques-unes des personnes testées; les analyses ont donc été faites pour le plus grand nombre possible.

Le tableau 2 est une comparaison entre les normes de l'échantillon américain pour les clients psychiatriques et de l'échantillon de l'Institut Clarke. Nous avons

effectué des tests t pour toutes les variables; en raison du grand nombre de tests, la valeur alpha a été fixée au niveau 0,01. Néanmoins, il est clair que pour plus de la moitié des activités mesurées, l'échantillon de l'Institut Clarke a obtenu des résultats sensiblement meilleurs que ceux de l'échantillon américain.

Le tableau 3 présente de façon comparative les résultats des hommes et des femmes de l'échantillon de l'Institut Clarke ayant utilisé le Micro-TOWER. Nous n'avons pas trouvé de différences significatives à la plupart des sous-tests, les hommes ayant seulement eu de meilleurs résultats pour le montage des lampes.

Le tableau 4 montre d'intéressantes corrélations. Il semble qu'il y ait une corrélation négative entre le degré des troubles de la perception et la plupart des tâches du Micro-TOWER (toutes excepté la paie); il semble exister de la même façon une corrélation négative avec les troubles de capacité motrice (excepté pour la paie et la prise de messages). Il existe d'autre part une corrélation négative entre les troubles de la mémoire et de l'attention et les travaux de bureau. Il existe de même une corrélation négative entre les troubles de motivation de la moitié des tâches.

Nous avons fait des analyses pour voir s'il existe de fortes corrélations entre les différentes tâches; les résultats présentés dans le tableau 5 montrent que bien que les corrélations soient presque toutes significatives, elles ne sont pas très fortes.

Une analyse factorielle a permis d'identifier trois facteurs alors qu'on en avait identifié cinq dans l'échantillon américain. Cette analyse est présentée dans le tableau 6.

En regardant les données, il semble évident que le principal facteur est celui des aptitudes au travail de bureau, prenant principalement en compte les aptitudes verbale et numérique; le second facteur est celui des capacités motrices et le troisième celui des aptitudes perceptives. Les cinq facteurs de l'échantillon américain n'étaient pas définis. Il est possible que les deux facteurs supplémentaires de l'échantillon américain soient dus au fait que les données ont été recueillies auprès d'un groupe de répondants qui comptait d'autres sujets que des malades psychiatriques.

Discussion

Bien que le concepteur d'un instrument d'évaluation comme le Micro-TOWER ait la responsabilité de valider son instrument, la responsabilité ultime repose sur son utilisateur. Chaque utilisateur doit en effet investir

TABLEAU 2

Comparaison des résultats de l'échantillon de l'Institut Clarke avec l'échantillon américain

MICRO-TONER	ÉTATS-UNIS			INSTITUT CLARKE DE PSYCHIATRIE			
	N	M	ET	N	M	ET	t
Capsulage et emballage de bouteilles	505	32,16	6,03	130	34,42	5,46	+3,88*
Montage de connecteurs électroniques	515	98,74	20,30	130	106,18	16,89	+3,85*
Montage de lampes	457	20,24	6,40	124	20,98	5,44	+1,19
Lecture de plans	498	17,85	6,48	132	20,28	5,39	+3,96*
Illustration graphique	511	22,27	8,86	130	21,52	8,41	0,87
Attribution de codes postaux	501	23,97	11,56	125	25,27	9,40	+1,59
Vérification de documents	491	42,13	14,53	128	44,75	15,18	+1,80
Classement	505	10,30	3,85	130	11,61	2,29	+3,61*
Tri du courrier	509	34,88	11,78	129	36,27	9,97	0,54
Changement à apporter	497	7,86	2,52	137	8,62	1,61	+3,29*
Calcul de paie	506	49,86	20,35	130	57,29	17,30	+3,82*
Compréhension d'annonces d'offre d'emploi	533	25,73	5,04	129	26,60	3,82	+1,84
Prise de messages	503	89,37	26,04	134	95,06	16,49	+2,68*
Âge	500	30,20	?	147	28,57	6,95	

* $p < 0,01$

TABLEAU 3

Comparaison des résultats par sexe des personnes testées

TEST	HOMMES			FEMMES			
	N	M	ET	N	M	ET	t
Capsulage et emballage de bouteilles	86	34,41	5,35	43	34,33	5,76	0,08
Montage de connecteurs électroniques	87	105,21	14,73	42	107,07	13,92	-0,60
Montage de lampes	81	22,56	4,75	43	17,98	5,07	4,99*
Lecture de plans	87	20,90	4,88	44	18,98	6,19	1,94
Illustration graphique	87	22,35	7,92	42	19,60	9,16	1,75
Attribution de codes postaux	84	24,71	9,49	40	27,63	8,85	-1,64
Vérification de documents	85	42,60	15,29	42	48,57	14,38	-2,12
Classement	86	11,54	3,22	43	11,79	2,52	-0,45
Tri du courrier	85	33,32	10,17	43	36,30	8,83	-1,63
Changements à apporter	87	8,75	1,40	44	8,34	1,98	1,38
Calcul de paie	86	57,29	17,32	41	56,66	16,21	0,24
Compréhension d'annonces d'offre d'emploi	84	26,12	4,29	44	27,48	2,57	-1,93
Prise de messages	90	93,13	18,22	43	98,93	11,54	-2,02
Âge	98	28,35	7,07	48	29,04	6,81	-0,56

* $p < 0,01$

TABLEAU 4

Corrélation de la gravité des handicaps avec les résultats aux tâches (N < 100)

Handicap	Montage électronique	Montage lampes	Graphique	Codes postaux	Paie	Prise de messages
Perception	-0,315 (0,000)*	-0,230 (0,007)	-0,154 (0,045)	-0,164 (0,039)	-0,103 (0,132)	-0,161 (0,037)
Capacité motrice	-0,531 (0,000)	-0,505 (0,000)	-0,194 (0,016)	-0,172 (0,033)	-0,061 (0,254)	-0,146 (0,53)
Anglais	0,031 (0,366)	0,058 (0,267)	-0,093 (0,153)	-0,327 (0,000)	-0,277 (0,001)	-0,575 (0,000)
Mémoire	-0,141 (0,061)	0,005 (0,477)	-0,289 (0,001)	-0,434 (0,000)	-0,284 (0,001)	-0,470 (0,000)
Attention	-0,136 (0,068)	0,013 (0,443)	-0,174 (0,026)	-0,302 (0,000)	-0,220 (0,008)	-0,166 (0,032)
Motivation	-0,093 (0,154)	-0,075 (0,212)	-0,217 (0,008)	-0,146 (0,059)	-0,334 (0,000)	-0,213 (0,009)

* niveau de signification entre parenthèses

TABLEAU 5

Corrélations des résultats aux tâches (N < 100)

	ME	ML	IG	CP	P
Montage de connecteurs électroniques					
Montage de lampes	0,499 (0,000)*				
Illustration graphique	0,423 (0,000)	0,265 (0,002)			
Attribution de codes postaux	0,291 (0,001)	0,170 (0,040)	0,300 (0,001)		
Calcul de paie	0,193 (0,020)	0,130 (0,089)	0,338 (0,000)	0,682 (0,000)	
Prise de messages	0,257 (0,003)	0,149 (0,060)	0,418 (0,000)	0,695 (0,000)	0,541 (0,000)

* niveau de signification entre parenthèses

TABLEAU 6

Saturations factorielles du Micro-TOWER

Facteurs	I		II		III		IV	V
	États-Unis	Inst. Clarke	États-Unis	Inst. Clarke	États-Unis	Inst. Clarke	États-Unis	États-Unis
Capsulage et emballage de bouteilles			0,86	0,87	0,33			
Montage de connecteurs électroniques			0,80	0,81				
Montage de lampes			0,70	0,57			0,31	
Attribution de codes postaux	0,59	0,54			0,62	0,63		
Vérification de documents	0,31		0,45	0,37	0,59	0,74		
Lecture de plans	0,50	0,74	0,33				0,57	
Illustration graphique	0,37	0,34	0,39	0,51			0,65	
Classement	0,67	0,81			0,37			
Tri du courrier	0,67	0,47	0,35		0,46	0,56		
Changement à apporter	0,74	0,41						0,33
Calcul de paie	0,62	0,49			0,49	0,59		0,31
Compréhension d'annonces d'offre d'emploi	0,83	0,73						
Prise de messages	0,80	0,81			0,33			
Variance	79 %	69 %	12 %	22 %	10 %			

Remarque: Les valeurs inférieurs à 0,30 ont été omises. L'échantillon américain comprend 1 100 clients testés dans 18 organismes au cours d'une formation sur le terrain à l'échelon national; l'échantillon de l'Institut Clarke compte 138 personnes.

temps et efforts en vue de valider le test pour la population avec laquelle l'instrument d'évaluation sera utilisé. Cela nécessite qu'il connaisse la façon dont le test a été construit, le type de population à qui le test était destiné, ainsi que toutes les faiblesses ou les omissions dans la conception et la normalisation. Ceci reste vrai non seulement pour les tests psychologiques mais également pour les instruments d'évaluation utilisés en réadaptation (voir Vocational Evaluation and Work Adjustment Association Code of Ethics, 1980). C'est dans ce but que nous avons fait cette étude.

Les principales conclusions semblent être que les clents de l'Institut Clarke obtiennent de bien meilleurs résultats aux tâches du Micro-TOWER que ceux de l'échantillon américain représenté dans les normes américaines. Il nous faut être prudents lorsque nous utilisons les normes américaines dans tout notre processus d'évaluation et en particulier lorsque d'importantes décisions seront prises.

Il se peut que la population de l'Institut Clarke ne soit pas représentative des populations de malades psychiatriques du Canada tout entier ou même de la ville de Toronto et ici encore il nous faut reformuler l'avertissement. Lorsqu'un organisme ou un établissement introduit un nouveau test ou dispositif d'évaluation, il faut que des normes locales soient établies de façon que chaque personne testée soit comparée au groupe le plus approprié.

En fait, à l'Institut Clarke, nous nous sommes orientés vers l'établissement de normes pour le sexe x handicap parce que les analyses de la variance ont montré des différences parmi ces groupes. Il s'écoulera cependant quelque temps avant que nous ne disposions de données suffisantes pour les différents groupes; en attendant, nous n'utilisons actuellement qu'une norme combinée.

Le personnel rassemble actuellement des données sur le Micro-TOWER et le test GATB pour que nous puissions en examiner la validité. Il existe quelques renseignements polycopiés provenant du Centre international des handicapés, mais nous travaillons actuellement pour le revalider avec une population locale à partir de renseignements sur les résultats positifs de la planification professionnelle.

Tout organisme considérant l'adoption d'un instrument d'évaluation par travail simulé devrait envisager le Micro-TOWER. Ce système compte un certain nombre de caractéristiques positives dont l'une - qui est loin d'être négligeable - est son format structuré qui se prête à l'établissement de normes pour la population

qu'il sert. Mais cette force est également sa faiblesse, car la formule structurée des instructions données sur bande tend à introduire une rigidité qui peut rebuter certains sujets; ceux-ci peuvent soit saisir rapidement les instructions et se retenir de débuter l'activité réelle, soit nécessiter une attention particulière pour les aider à se concentrer et à comprendre les bandes.

Tous les utilisateurs d'un instrument normalisé se trouvent devant l'opposition entre le besoin d'être souple afin de servir des clients ayant des handicaps divers et celui de suivre une procédure standard de façon qu'un client puisse être comparé à un groupe de semblables. Il nous semble que la souplesse peut et doit être respectée mais non pas aux dépens d'un examen "précoce" de la fiabilité et de la validité de l'instrument localement et de l'instauration de normes locales.

BIBLIOGRAPHIE

Anthony W.A. & M.A. Jensen (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill (Prévision des possibilités professionnelles des déficients mentaux chroniques). American Psychologist, 39, 537-544.

Crewe N.M. & R.R. Turner (1984). A functional assessment system for vocational rehabilitation (Système d'évaluation fonctionnelle pour la réadaptation professionnelle). En A.S. Halpern et M.J. Fuhrer (Editeurs), Functional Assessment in Rehabilitation. Baltimore: Paul H. Brooks, pp. 223-238.

Cromwell F.S. (1960). Primary Prevocational Evaluation. Pasadena (Californie) Fair Oaks Printing co.

Dunn D. (1971). Work adjustment, work evaluation and employability (Le travail: adaptation, évaluation et aptitude). Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin, 4(2), 11-15.

Hoffman P. (1973). Work evaluation: An overview (Evaluation du travail: une vue générale). En R.E. Hardy and J.G. Hull (Eds.), Vocational Evaluation for Rehabilitation Services. Springfield (Illinois): Charles Thomas, pp. 5-28.

Meister R. (1976). Diagnostic assessment in rehabilitation (Evaluation diagnostique en réadaptation). En B. Bolter (Editeur), Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation. Baltimore: University Park Press, pp. 3(1), 5-7).

Nadolski J. (1972). Editorial. Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin, 3(1), 5-7.

Neff W. (1970). Vocational assessment, theory and models (Évaluation professionnelle - Théorie et modèles). Journal of Rehabilitation, 36, 27-29.

Pruitt W.A. (1977). Vocational (Work) Evaluation (Évaluation professionnelle). Menomonie (Wisconsin): Walt Pruitt Assoc.

Vocational Evaluation and Work Adjustment Association Code of Ethics (1980). Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin, 13(1), 8.

BIBLIOGRAPHIE SUR LE MICRO-TOWER

Backman M.E. (1975). Micro-TOWER: A new concept in work evaluation. Exposé présenté à une réunion de l'American Personnel and Guidance Association (APGA), New York.

Backman M.E. (1977). The development of Micro-TOWER: A battery of standardized work samples for assessing vocational aptitudes. Exposé présenté à la conférence sur les systèmes d'évaluation professionnelle, Université d'Auburn, Auburn (Alabama).

Backman M.E. (1978). Performance of selected disability groups on the Micro-TOWER work samples. Exposé présenté à la septième Conférence Internationale de la fédération mondiale des ergothérapeutes, Jérusalem (Israël).

Backman M.E., L.R. Lewis & D.J. Loeding (1977). Examination of the aptitude measured by work samples in the Micro-TOWER evaluation system. Exposé présenté à la réunion du National Council on Measurement in Education (NCME) (Conseil national sur l'évaluation en éducation), New York.

Belgorod M.B. (1978). Group and individual work sample systems (Systèmes de travail simulé individuel et collectif). Exposé présenté à la réunion de l'APGA, Washington, (DC).

Berven N.L. (1975). Micro-TOWER: Development, norming, and validation (Micro-TOWER: Élaboration, normalisation et validation). Exposé présenté à une réunion de l'APGA, New York.

Fingerhut D. (1978). The effects of Micro-TOWER on selfconcept of physically and emotionally handicapped clients (Les effets du Micro-TOWER sur l'image de soi des handicapés physiques et perturbés affectifs). Exposé présenté à une réunion de l'APGA, Washington (DC).

Loeding D. (1975). Micro-TOWER: Materials, administation, and scoring (Micro-TOWER: documents, administration et notation). Exposé présenté à une réunion de l'APGA, New York.

CE QUE LES PROFESSEURS, LES ÉTUDIANTS AYANT UN HANDICAP PHYSIQUE ET LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR PEUVENT FAIRE POUR FACILITER L'ENSEIGNEMENT ET L'APPRENTISSAGE

Catherine S. Fichten
Collège Dawson
Montréal (Québec)

Claudia V. Bourdon
P.S.B.G.M.
Montréal (Québec)

Laura Creti
Montréal (Québec)

John G. Martos
Montréal (Québec)

RÉSUMÉ

Ce rapport présente les recommandations d'étudiants ayant un handicap physique et de leurs professeurs sur ce que les personnes et les établissements peuvent faire pour faciliter l'enseignement et l'apprentissage dans les établissements d'enseignement supérieur. Trnete-sept étudiants de collèges et d'universités ayant divers handicaps physiques, 74 professeurs ayant enseigné à des étudiants handicapés et 17 professeurs n'ayant pas cette expérience ont répondu à cinq questions ouvertes sur ce que pourraient faire les professeurs, les étudiants handicapés et les établissements pour faciliter l'enseignement et l'apprentissage et les rendre plus efficaces. Nous avons regroupé par catégorie et classé par ordre de fréquence les 1 056 recommandations et nous les présentons dans des tableaux indiquant les mesures à prendre par les professeurs et par les étudiants handicapés, les services, les installations et le matériel nécessaires, et faisons d'autres recommandations. Nous avons relevé les points communs et les divergences des recommandations faites par les trois groupes et analysé les répercussions des résultats sur l'enseignement, l'apprentissage et les pratiques en vigueur dans les établissements.

CE QUE LES PROFESSEURS, LES ÉTUDIANTS AYANT UN HANDICAP PHYSIQUE ET LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR PEUVENT FAIRE POUR FACILITER L'ENSEIGNEMENT ET L'APPRENTISSAGE

Nombreux sont ceux qui considèrent l'enseignement supérieur pour les personnes ayant un handicap physique comme le moyen essentiel de mettre en valeur leur potentiel, pour mener une vie plus enrichissante et pour devenir indépendantes dans un monde hostile à l'égard de ceux qui sont "différents" (McLoughlin, 1982; Penn & Dudley, 1980). La politique actuelle du gouvernement reflète la nécessité de permettre aux personnes ayant un handicap physique d'accéder à l'enseignement supérieur et met l'accent sur le fait qu'il s'agit là d'une question prioritaire (Office des personnes handicapées du Québec, 1984; Comité spécial sur les handicapés, 1981). Il est toutefois nécessaire de résoudre une série de problèmes pour pouvoir offrir un enseignement de qualité à ces personnes. Il existe certes d'autres facteurs importants (Fichten, 1985; Fichten & Bourdon, 1984; Fichten & Amsel, sous presse; Fichten, Compton & Amsel, sous presse; Fichten, Hines & Amsel, sous presse; Robillard & Fichten, 1985), mais il est essentiel de savoir ce que les professeurs, les étudiants handicapés et les établissements d'enseignement supérieur peuvent faire pour rendre l'enseignement et l'apprentissage plus faciles et plus efficaces.

Le Comité canadien d'organisation de l'Année internationale des personnes handicapées a recommandé "qu'au Canada les enseignants facilitent l'accès des étudiants handicapés au système public d'éducation..." (Recommandation n°20, 1981). Mais comment peut-on y parvenir? Encore en 1980, Beatrice Wright, un des chercheurs les plus connus dans le domaine des handicaps physiques, a conclu dans sa critique de la littérature sur le sujet que "de façon tout à fait regrettable, de nombreux programmes visant à intégrer les personnes handicapées dans la vie "normale" sont inefficaces et peuvent même contribuer à créer des mythes à propos de l'infirmité" (p. 274). Manifestement, les programmes d'intégration sont à la fois très chers et difficiles à mettre en place (Alexander, 1979).

Parmi les raisons pour lesquelles ces programmes donnent des résultats douteux, on compte non seulement la carence d'éléments essentiels (services, matériel ou modifications de construction), mais également une préparation inadéquate des professeurs (Hirshoren & Burton, 1979; Rauth, 1980; Reynolds, 1980) et des étudiants, handicapés ou non, à l'intégration (Delli

Colli & MacDougall, 1983; English, 1971; Gresham, 1982; MacDougall, Munhall & Destounis, 1981). Bien que de nombreux programmes pour préparer les professeurs aient été mis au point, il existe peu de preuves concrètes de leur efficacité (Bayne & Caton, 1979). Il se peut que ces programmes soient non seulement inefficaces et peut-être même néfastes, mais la plupart ayant été préparés pour des enseignants de l'élémentaire et du secondaire ils sont par conséquent inappropriés pour des professeurs de collège ou d'université.

Au cours des dernières années, un certain nombre de barrières architecturales pour les utilisateurs de fauteuils roulants ont été éliminées dans les collèges et les universités. Il s'agit là certes d'un changement notable, mais il reste de nombreux autres points à considérer pour que l'enseignement supérieur soit vraiment accessible aux personnes ayant des handicaps physiques (McLoughlin, 1982), notamment l'existence d'installations, de matériel et de services ainsi que des modifications de comportement, tant de la part des étudiants handicapés que de celle de leur professeurs.

Un certain nombre de suggestions ont été faites pour que l'enseignement et l'apprentissage au niveau supérieur soient efficaces, et pour qu'on obtienne des éléments essentiels (services, matériel et modifications d'architecture) (Alexander, 1979; Evans, Bissonnette, Tesler & Dorfman, non daté; Kunc, 1981; Marion & Iovacchini, 1983; Smith, 1982; Stiwell & Schulker, 1973; Stilwell, Stilwell & Perrit, 1983). Tandis que certains documents contenant ces suggestions fournissent également des conseils pour les étudiants handicapés et pour leurs professeurs, les recommandations, bien qu'elles soient fondées et éloquentes, diffèrent beaucoup les unes des autres et sont souvent contradictoires. Étant donné que les spécialistes, qu'ils soient étudiants handicapés ou professeurs, ne s'accordent pas toujours sur ce que sont et ne sont pas des comportements efficaces, il faut déterminer empiriquement les comportements appropriés entre les personnes de ces deux groupes. La présente étude porte sur cette question.

Méthodes

Les sujets

Nous avons pris comme sujets 37 étudiants de collège et d'université ayant différents handicaps physiques, 74 professeurs de collège et d'université ayant enseigné à ce genre d'étudiants et 17 professeurs n'ayant pas cette expérience.

Les sujets ont été sélectionnés de la façon suivante. Nous avons d'abord pris contact avec le plus grand nombre possible d'étudiants des collèges et des universités ayant un handicap physique, ce qui s'est fait par des rencontres personnelles, par le truchement de coordinateurs de services pour étudiants handicapés et d'associations de personnes handicapées physiques. La plupart des étudiants ainsi contactés ont bien voulu participer au projet et nombreux sont ceux qui ont donné le nom de certains de leurs professeurs qui à leur tour furent contactés et acceptèrent de collaborer. Nous avons tenté d'obtenir un groupe correspondant de professeurs n'ayant pas cette expérience d'enseignement, de façon à pouvoir effectuer des comparaisons, ce qui fut fait en contactant aléatoirement des professeurs du même sexe, du même établissement et du même département que les professeurs dont le nom avait été communiqué par les étudiants.

Lorsque ces professeurs "correspondants" ont été contactés, une difficulté intéressante est apparue: 62 % d'entre eux avaient enseigné à un étudiant handicapé physique. Ces professeurs furent donc reclassés et durent remplir un questionnaire. Bien que cette décision ait modifié la procédure systématique d'échantillonnage, elle a semblé justifiée dans la mesure où on a ainsi obtenu un nombre encore plus grand et plus diversifié de professeurs qui avaient enseigné à des étudiants handicapés physiques. Voici donc la composition de l'échantillon final.

Les étudiants: La moyenne d'âge des participants était de 26 ans (de 19 à 37 ans); 24 % se déplaçaient en fauteuil roulant, 24 % avaient des troubles auditifs, 18 % des déficiences visuelles, 18 % étaient atteints d'infirmité motrice cérébrale et 16 % avaient d'autres handicaps physiques (principalement neuromusculaires); 32 % des étudiants fréquentaient un collège communautaire (CEGEP) et 68 % l'université; 31 % ont indiqué étudier les lettres, 20 % les lettres et les sciences, 11 % préparaient un diplôme professionnel, 9 % étudiaient les sciences et 29 % autre chose (par exemple, génie, travail social).

Les professeurs ayant enseigné à des étudiants handicapés: Presque tous les 74 professeurs de ce groupe avaient enseigné à plusieurs étudiants handicapés physiques, trois en moyenne (de 1 à 15); 57 % avaient enseigné au moins à un étudiant ayant des déficiences visuelles, 32 % à un étudiant ayant des troubles auditifs, 30 % à un étudiant en fauteuil roulant, 11 % à un étudiant épileptique, 12 % à un étudiant atteint d'infirmité motrice cérébrale, 12 % à un étudiant ayant

des troubles de la parole (certains de ces étudiants pouvaient aussi avoir une infirmité motrice cérébrale ou des troubles auditifs) et 36 % des professeurs avaient enseigné à des étudiants ayant d'autres handicaps (principalement neuromusculaires); 61 % des professeurs enseignaient surtout dans un collège communautaire et 39 % dans une université; 61 % ont indiqué enseigner les lettres, 15 % des cours préparant à un diplôme professionnel, 9 % les lettres et les sciences, 4 % les sciences et 11 % autre chose.

Les professeurs n'ayant pas enseigné à des étudiants handicapés: Les 17 professeurs qui n'avaient pas enseigné à des étudiants handicapés étaient quelque peu plus jeunes que ceux qui avaient cette expérience; 47 % de ces professeurs enseignaient dans un collège communautaire et 53 % dans une université; 63 % enseignaient les lettres, 13 % les lettres et les sciences, 13 % les sciences, 6 % des cours préparant à un diplôme professionnel et 5 % autre chose.

Méthode

Tous les participants ont reçu par la poste le même questionnaire qui comprenait trois sections distinctes. La section qui concerne ce rapport comportait cinq questions ouvertes. La première question demandait aux participants ce que peuvent faire les professeurs pour rendre leurs cours plus faciles à suivre par les étudiants handicapés physiques. La seconde question demandait ce qu'un étudiant handicapé pouvait faire pour permettre au professeur de rendre son enseignement plus efficace pour les étudiants handicapés. La troisième question demandait ce qu'un étudiant handicapé pouvait faire pour pouvoir plus facilement suivre les cours. La quatrième question demandait quel était le matériel ou quelles étaient les ressources dont les étudiants handicapés et leurs professeurs avaient besoin. La cinquième question demandait ce que les établissements pouvaient faire pour rendre la vie dans leurs murs plus facile pour les étudiants handicapés et leurs professeurs. Nous avions demandé aux participants de faire jusqu'à cinq suggestions pour chaque question, en fondant autant que possible leurs réponses sur leur propre expérience.

Résultats

L'échantillon des participants, loin d'avoir été choisi aléatoirement, est raisonnablement grand et diversifié. Par contre, le groupe de professeurs qui

n'avaient pas enseigné à des étudiants handicapés est tout à fait restreint. Étant donné ces limites, les résultats devront donc être interprétés avec prudence.

Les participants ont formulé 1 056 suggestions. Nous avons étudié séparément les 283 suggestions faites en réponse à la question 1 (ce que les professeurs peuvent faire) et les avons regroupées en 22 catégories. Toute suggestion mentionnées par au moins deux participants constituait une catégorie. Les catégories ont été ensuite classées par ordre décroissant de fréquence (ce que nous présentons dans le tableau 1). L'ordre du tableau 1 est basé sur le nombre total de réponses faites par les étudiants ayant un handicap physique et par leurs professeurs (les réponses des professeurs n'ayant pas enseigné à des étudiants handicapés n'ont pas été incluses ici car elles divergeaient souvent beaucoup de celles des deux autres groupes de participants). La figure 1 montre la proportion de réponses faites par chacun des trois groupes dans chaque catégorie. Nous avons proportionné les réponses des trois groupes pour compenser la taille inégale des échantillons. La recommandation la plus fréquente formulée par les étudiants ayant un handicap physique ajoutée à celle formulée par leurs professeurs donnait un total de 100. Toutes les autres réponses ont été rectifiées en conséquence.

Les suggestions formulées par les participants aux questions 2 et 3 (ce que les étudiants peuvent faire) se chevauchaient beaucoup. Nous avons donc combiné les réponses à ces deux questions, ce qui nous a donné 27 catégories pour 367 réponses. Le tableau 2 et la figure 2 présentent les suggestions faites à ce propos.

Nous avons également combiné les 406 réponses aux questions 4 et 5 (ce que les établissements peuvent faire), ce qui nous a donné 35 catégories qui ont été regroupées comme suit: services, installations, matériel et ressources, autres suggestions. Nous donnons dans le tableau 3 et la figure 3 les recommandations concernant ce que les établissements peuvent faire.

Discussion

Nous pensons que les résultats présentés dans ces trois tableaux (1 à 3) constituent l'élément le plus important de ce rapport. Il serait bon de remarquer néanmoins que l'ordre de fréquence n'est qu'une indication générale de l'importance de chaque recommandation. En premier lieu, l'échantillon n'était en aucun cas aléatoire. Deuxièmement, bien que cet ordre de fréquence soit basé sur les réponses des étudiants handicapés et

TABLEAU 1

Ce Que Les Professeurs Peuvent Faire

À votre avis, qu'est-ce qu'un professeur peut faire pour rendre ses cours plus accessibles aux étudiants handicapés physiques?

Ordre[1]	Recommandations
1.	Être souple quant au contenu et au type de devoirs et d'examens (oral, braille, enregistré sur bande, écrit) et accorder un délai supplémentaire si c'est nécessaire.
2.	Pour les étudiants ayant des troubles auditifs, faire le cours en parlant lentement, d'une voix forte, la bouche grande ouverte sans la cacher avec la main ou un livre; répéter si c'est nécessaire. Faire face à la classe et non au tableau; éviter de se placer derrière un étudiant et de faire les cent pas devant la classe. Inscrire toutes les données importantes sur le tableau ou sur un rétroprojecteur en s'assurant qu'elles sont nettes et bien organisées.
3.	Être, d'une manière générale, bon professeur (c'est-à-dire rendre les cours et les notes faciles à comprendre, être ouvert dans les relations avec les étudiants, comprendre les besoins de chacun et s'y adapter).
4.	Veiller à ce que la classe, le laboratoire, le bâtiment, le lieu des excursions, etc. soient bien accessibles pour les étudiants ayant des difficultés à se déplacer.
5.	Distribuer des notes dactylographiées ou imprimées.

[1] Les recommandations sont présentées par ordre décroissant de fréquence. Cet ordre est fonction des réponses des étudiants handicapés et des professeurs qui ont enseigné à des étudiants handicapés. (Nous n'avons pas tenu compte ici pour cet ordre des réponses des professeurs n'ayant pas cette expérience, car elles différaient souvent beaucoup de celles des deux autres groupes de participants.)

6. Aider sans avoir une sollicitude trop marquée; dans la mesure du possible traiter l'étudiant comme n'importe quel autre.

7. Rencontrer régulièrement l'étudiant et lui accorder du temps supplémentaire en dehors de la classe.

8. Voir (avec des collègues ayant une expérience semblable, des étudiants, des organismes, en étudiant de la documentation) comment le handicap de l'étudiant peut modifier ses possibilités d'apprentissage dans le cours.

9. Autoriser l'enregistrement des cours.

10. Envisager avec les étudiants d'autres possibilités d'enseignement et d'apprentissage, en tenant compte des points forts et des points faibles, et en s'adaptant aux circonstances.

11. S'assurer que pour les étudiants ayant des déficiences visuelles les documents (devoirs, notes) existent sur bande ou en braille.

12. Demander à l'étudiant s'il souhaite certaines adaptations en indiquant que le professeur est à sa disposition pour l'aider.

13. Demander aux autres étudiants d'aider (pour se déplacer, revoir le cours, étudier, faire la lecture, prendre des notes, etc.).

14. Encourager les autres étudiants à avoir des relations avec l'étudiant handicapé (par exemple, en demandant de travailler à deux ou par petits groupes).

15. Donner un plan du cours qui en indique clairement le contenu et les exigences; être précis quant aux livres à lire et donner ces informations au tout début du trimestre pour que l'étudiant ait le temps de s'organiser.

16. S'assurer que le mobilier de la classe ou du laboratoire est adapté aux utilisateurs de fauteuil roulant.

17. Autoriser l'étudiant handicapé à choisir sa place.

18. Personnaliser le cours pour l'étudiant handicapé (par exemple, offrir un cours avec une liste de lectures à faire chez soi ou un programme personnalisé, organiser le visionnement de documents audio-visuels).

19. Connaître les services offerts aux étudiants handicapés et les leur mentionner.

20. Faire pression auprès des collègues et des administrateurs pour avoir du matériel spécial et dire aux étudiants de l'exiger.

21. Pour les étudiants ayant des déficiences visuelles, utiliser des modèles réduits, des cartes en relief, etc. pour faire passer les idées.

22. Utiliser un amplificateur pour les étudiants ayant des troubles auditifs.

FIGURE 1

CE QUE LES PROFESSEURS PEUVENT FAIRE

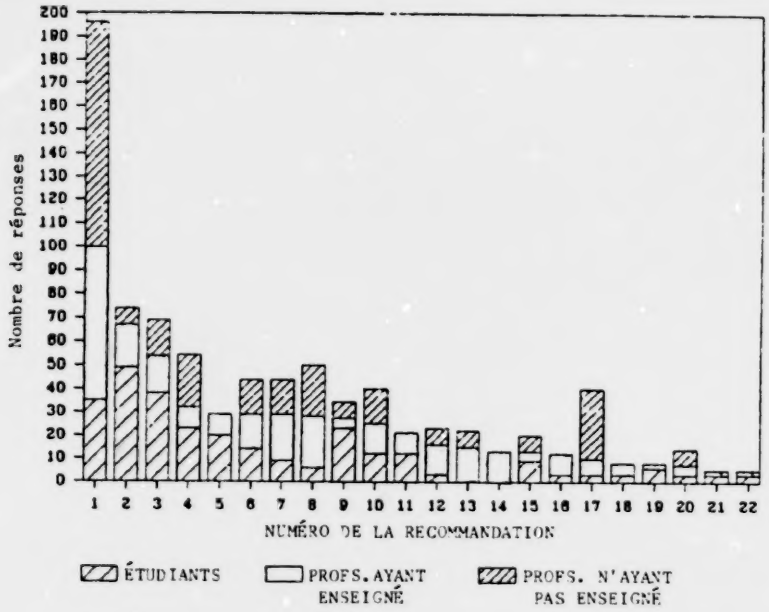


TABLEAU 2

Ce Que Les Étudiants Peuvent Faire

À votre avis, qu'est-ce qu'un étudiant handicapé physique peut faire pour aider le professeur à enseigner plus efficacement aux étudiants handicapés et à rendre ses cours plus accessibles à ces étudiants?

Ordre[1]	Recommandations
1.	Informer le professeur des besoins des étudiants handicapés de façon qu'il puisse adapter son cours (par exemple, lui parler du handicap, du matériel utilisé, des limites, des problèmes, de l'aide nécessaire, des problèmes médicaux potentiels, etc.).
2.	Établir des relations amicales avec les autres étudiants de la classe, travailler avec eux et demander leur aide (par exemple, instaurer un réseau d'aide).
3.	Donner au professeur des suggestions sur ce qu'il pourrait faire pour rendre son cours plus accessible pour des étudiants handicapés (par exemple, dire ce que l'étudiant pense de l'organisation du cours, des notes et de l'évaluation, être régulièrement en contact avec le professeur et lui parler de méthodes d'enseignement, de problèmes et de solutions antérieurs).
4.	Rencontrer le professeur avant le début du trimestre pour s'entendre avec lui sur certains points et savoir ce qu'il attend de l'étudiant et connaître les méthodes d'évaluation.

[1] Les recommandations sont présentées par ordre décroissant de fréquence. Cet ordre est fonction des réponses des étudiants handicapés et des professeurs qui ont enseigné à des étudiants handicapés. (Nous n'avons pas tenu compte ici pour cet ordre des réponses des professeurs n'ayant pas cette expérience, car elles différaient souvent beaucoup de celles des deux autres groupes de participants.)

5. Connaître et accepter ses limites lorsqu'elles existent (prendre par exemple une charge de travail moins importante si c'est nécessaire).

6. Travailler plus fort et montrer un vif intérêt pour le cours.

7. Ne pas demander de traitement de faveur à moins que ce ne soit nécessaire.

8. Prévoir et être organisé; commencer à étudier et à préparer ses devoirs tôt.

9. S'assurer d'avoir de bonnes notes de cours (par exemple, enregistrer les cours, demander aux autres étudiants de prendre des notes pour soi, emprunter des notes bien prises, vérifier ses notes avec d'autres).

10. Connaître les nouvelles techniques qui facilitent l'apprentissage et les utiliser dans la classe et en dehors.

11. Ne pas être timide et montrer de la persévérance; faire connaître son point de vue au professeur et lui dire ce qui peut et ne peut pas aider l'étudiant.

12. Aller voir régulièrement le professeur dans son bureau.

13. Poser des questions pendant ou après le cours.

14. Être bon étudiant (être attentif, assister régulièrement aux cours, faire les lectures indiquées, etc.).

15. Essayer d'avoir un aide bénévole ou de se trouver un camarade d'études.

16. L'étudiant devrait aider le professeur à se sentir à l'aise avec lui (lui dire, par exemple, qu'il peut tout à fait employer des mots ou des expressions comme "handicapé", "voyez-vous ce que je veux dire", "ça marche?", etc.).

17. Dire au professeur ce que l'on pense du cours (lui préciser, par exemple, que tel besoin n'est pas satisfait et lui rappeler de s'adapter à votre situation lorsqu'il l'oublie).

18. S'asseoir à la meilleure place (par exemple, en face du professeur).

19. Demander au professeur de donner les grandes lignes de chaque cours, de parler lentement et clairement et d'indiquer les points importants.

20. Utiliser les centres d'apprentissage ou trouver un répétiteur si c'est nécessaire.

21. Parler d'un problème avant qu'il ne se pose ou dès qu'on le pressent, sans attendre qu'il soit trop tard.

22. Être patient et garder son sang-froid.

23. Comprendre les besoins des autres étudiants du cours et y penser.

24. Exiger l'égalité s'il y a des preuves de discrimination.

25. Parler à la classe de son handicap.

26. Apprendre la dactylographie.

27. Mentionner au professeur les ressources dont on dispose (en braille, par exemple) et les services à la disposition des handicapés.

FIGURE 2

CE QUE LES ÉTUDIANTS HANDICAPÉS PEUVENT FAIRE

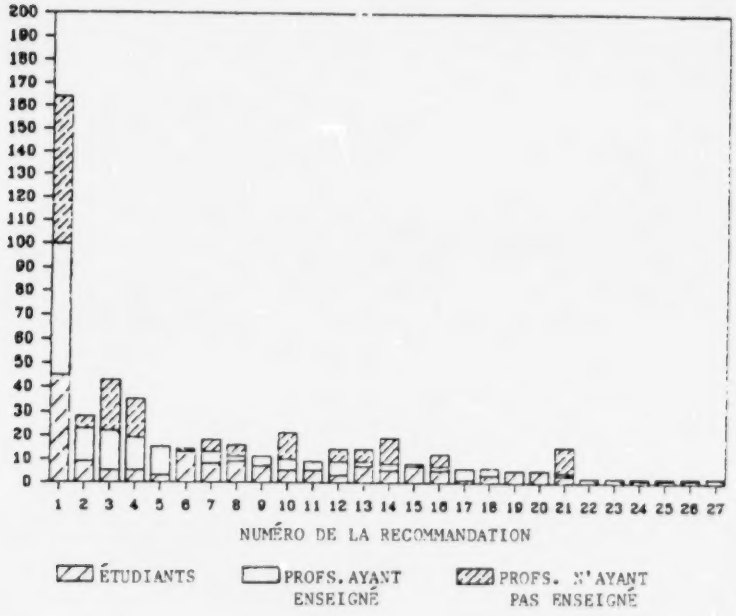


TABLEAU 3

Ce Que Les Établissements Peuvent Faire

À votre avis, de quel matériel ou de quelles ressources ont besoin des étudiants handicapés et leurs professeurs et que peuvent faire les établissements (collèges, universités) ou les organismes spécialisés, pour rendre la vie plus facile aux étudiants handicapés et à leurs professeurs?

Ordre[1]	Recommandations
S1.	Ouvrir un centre pour étudiants handicapés qui 1) serve de centre d'accueil pour ces étudiants et leurs professeurs, 2) offre certains services (documentation, orientation, personnes ressources, services spécialisés, une personne qui assure le lien entre les étudiants handicapés et leurs professeurs, lien avec des spécialistes connaissant les divers handicaps), 3) fasse circuler l'information (notamment sur les divers handicaps, les méthodes d'enseignement), 4) organise des activités de sensibilisation.
S2.	Trouver des bénévoles (ou un personnel rémunéré) qui assurent différentes fonctions pour aider les étudiants handicapés: Lire, prendre des notes, dactylographier, traduire en braille, les aider à aller à la bibliothèque, aux toilettes et, d'une façon générale, à se déplacer.
S3.	Appuyer la création d'un groupe d'étudiants handicapés qui pourra se développer.
S4.	Fournir des répétiteurs.

[1] Les recommandations sont présentées par ordre décroissant de fréquence. Cet ordre est fonction des réponses des étudiants handicapés et des professeurs qui ont enseigné à des étudiants handicapés. (Nous n'avons pas tenu compte ici pour cet ordre des réponses des professeurs n'ayant pas cette expérience, car elles différaient souvent beaucoup de celles des deux autres groupes de participants.)

S5. Offrir une aide pour le transport (par exemple, entre les différents campus, entre le domicile et l'établissement).

S6. Créer des bourses d'études (en fonction des résultats obtenus ou des moyens financiers).

S7. Offrir une aide professionnelle (par exemple, un audiologiste, un conseiller médical, un orientateur, un conseiller pour les études).

S8. Adapter les consignes à respecter en cas d'incendie pour tenir compte de la présence d'étudiants handicapés.

S9. Désigner des secteurs d'études particuliers avec le matériel approprié dans les laboratoires et les bibliothèques (avec accès facile aux documents fréquemment utilisés).

Installations

I1. Assurer un accès en fauteuil roulant aux bibliothèques, classes, laboratoires, bâtiments, etc. (prévoir des classes au rez-de-chaussée si possible; remplacer par des rampes certains obstacles, comme les escaliers; s'assurer que les embrasures de portes sont suffisamment larges; rendre accessibles les poignées de porte, les téléphones, les toilettes, les fontaines, les distributrices de nourriture, les interrupteurs électriques, les taille-crayons, les armoires de vestiaires, les boutons d'ascenseurs, etc.).

I2. Aménager des rampes pour les étudiants handicapés.

I3. Veiller à ce que les étudiants handicapés puissent facilement accéder aux ascenseurs et aux escaliers roulants et les utiliser.

I4. Fournir des bureaux, des chaises, des tables, des chevalets, du matériel d'atelier et de laboratoire, etc. dont la hauteur soit adaptée à celle des fauteuils roulants.

I5. Fournir des pièces calmes et bien éclairées pour l'étude et les examens (par exemple, moquettées - pour assourdir les bruits et sans néons bourdonnants ou clignotants - pour les étudiants ayant des troubles auditifs ou visuels).

I6. Accorder une certaine souplesse pour la disposition des bureaux de la classe.

I7. Offrir une pièce où ranger les fauteuils roulants pendant qu'on ne s'en sert pas.

I8. Faire certains aménagements pour les étudiants ayant des troubles visuels (ascenseurs avec signal sonore indiquant l'étage, menus en braille à la cafétéria).

I9. Offrir des zones de réunions spécialement équipées.

Matériel et documentation

M1. Magnétophones (ordinaires, petits, au son amplifié, etc.).

M2. Divers matériel spécialisé (machines à dicter, calculatrices parlantes, ardoises, ordinateurs ayant des possibilités mathématiques symboliques ou une voix synthétique, bloc-notes, téléphones avec amplificateur).

M3. Matériel audio-visuel pour la classe (micros, appareil MF, amplificateur, émetteurs-récepteurs, bon équipement pour enregistrer, projecteurs opaques, transparents nets et clairs, rétro-projecteurs).

M4. Livres en braille et sonores.

M5. Machines à écrire.

M6. Machines pouvant écrire en braille.

M7. Matériel pour les cas d'urgence et les pannes (fauteuils roulants supplémentaires, béquilles, cannes, piles pour prothèses auditives, chargeur de piles pour fauteuils roulants, bandes magnétiques, etc.).

M8. Optacon (matériel de grossissement)

M9. Matériel audio-visuel (divers).

M10. Autre matériel: films ou diapositives pour étudiants sourds (avec sous-titres ou indications écrites), modèles tactiles (en biologie et en chimie).

Autres recommandations

A1. Offrir des activités et des séminaires pour sensibiliser étudiants et autres aux problèmes des étudiants handicapés.

A2. Modifier quelque peu les modalités et d'inscription (par exemple, accepter un nombre plus important d'étudiants handicapés, ne pas les oublier, leur donner la priorité à l'inscription, les aider à avoir des emplois du temps qui leur conviennent, leur offrir sur place des possibilités pour s'orienter, essayer de regrouper les cours sur un seul campus, indiquer au professeur à l'avance si l'étudiant a besoin d'une aide ou d'installations particulières, organiser une rencontre entre le professeur et l'étudiant pour permettre au premier d'indiquer à l'avance au second les livres du programme, autoriser l'étudiant à suivre un programme allégé sans lui faire perdre sa qualité d'étudiant à temps plein, faciliter l'inscription d'étudiants handicapés à certains cours).

A3. Essayer d'offrir une ambiance accueillante et ouverte et d'avoir des administrateurs qui puissent répondre rapidement aux besoins des étudiants handicapés et de leurs professeurs.

A4. Offrir une plate-forme pour la recherche et l'échange (par exemple, encourager les professeurs et les professionnels à partager leur expériences, à proposer des solutions aux problèmes rencontrés dans l'enseignement aux étudiants handicapés).

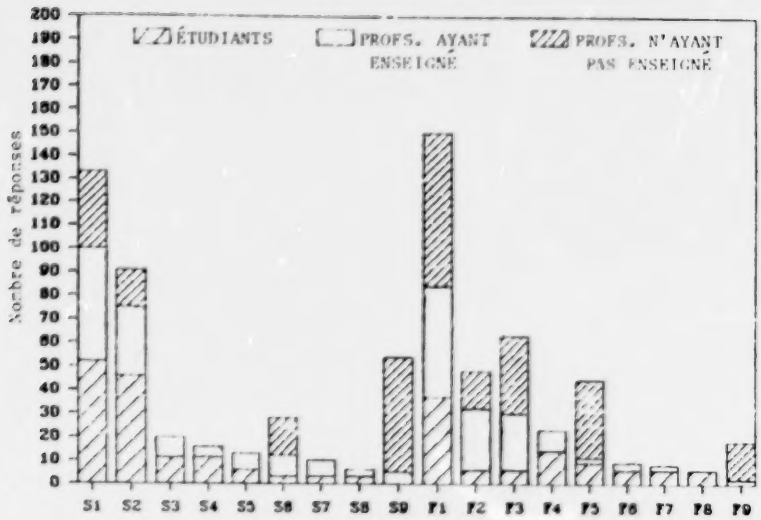
M5. Rappeler aux professeurs qu'ils doivent chercher des moyens d'aider les étudiants qui suivent leurs cours et ont un handicap physique.

M6. Préconiser le développement des ressources disponibles et le respect des droits de la personne à tous les niveaux.

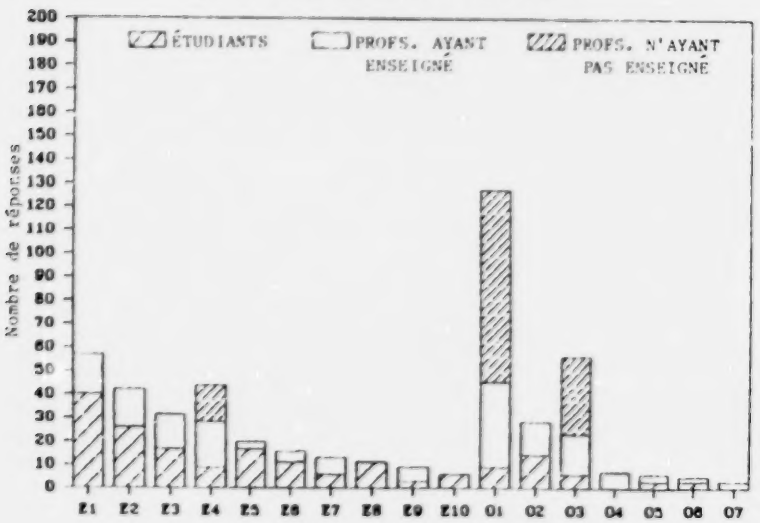
M7. Offrir des cours supplémentaires en langage mimique et en braille pour les étudiants non handicapés.

FIGURE 3

CE QUE LES ÉTABLISSEMENTS PEUVENT FAIRE
SERVICES ET INSTALLATIONS



CE QUE LES ÉTABLISSEMENTS PEUVENT FAIRE
ÉQUIPEMENT/RESSOURCES ET AUTRE



celles de leurs professeurs, il faut se rappeler que nous avions demandé aux participants de s'appuyer autant que possible sur leur expérience. Ainsi, dans le cas des besoins et des problèmes propres à un handicap particulier, la fréquence d'une recommandation peut être basse non seulement parce que peu de personnes pensaient que cette recommandation était importante mais également parce qu'un sous-ensemble seulement de participants éprouvait le handicap en question. Cette restriction ne pose pourtant pas un grave problème pour l'interprétation des résultats dans la mesure où de nombreuses recommandations sont communes à la plupart des handicaps.

Tandis qu'il y a de nombreuses similitudes parmi les vues des participants des trois groupes, nous avons également noté un certain nombre de différences intéressantes; les unes et les autres ont des conséquences pour les étudiants comme pour les professeurs.

Ce que les professeurs peuvent faire

Les recommandations formulées sur ce que les professeurs pourraient faire pour faciliter l'enseignement et l'apprentissage et les rendre plus efficaces pour les étudiants handicapés physiques présentent un aspect tout à fait remarquable, à savoir que la plupart d'entre elles peuvent également s'appliquer à l'enseignement des étudiants qui ne sont pas handicapés. Par exemple, les recommandations le plus souvent formulées en réponse à cette question sont celles-ci: souplesse du contenu et du type de devoirs, cours logiquement présentés, utilisation efficace du tableau ou du rétroprojecteur. Outre ces recommandations, diverses suggestions ont été faites en ce qui concerne l'enseignement à des étudiants ayant des handicaps particuliers.

Bien que la plupart des recommandations présentées dans le tableau 1 semblent être des suggestions pleines de "bon sens", des divergences parmi les réponses des trois groupes de participants montrent que ce qui est le bon sens pour les membres d'un groupe ne l'est pas nécessairement pour les membres d'un autre groupe. Par exemple, les réponses les plus fréquentes des étudiants concernaient le style des cours, les notes distribuées par le professeur, la permission d'enregistrer les cours et l'utilisation du tableau. Par ailleurs, ces questions n'étaient pas importantes pour les professeurs, en particulier ceux qui n'avaient pas enseigné à des étudiants handicapés. Tandis que de nombreux professeurs des deux groupes recommandaient que le professeur rencontre régulièrement l'étudiant handicapé en dehors de

la classe et qu'il s'informe de la façon dont le handicap modifie sa façon d'apprendre, peu d'étudiants ont ressenti cela comme important. De la même façon, la suggestion selon laquelle les professeurs devraient inciter les étudiants bien portants à aider leurs condisciples handicapés se situe vers le milieu pour les professeurs qui ont enseigné à des étudiants handicapés, mais aucun des étudiants handicapés n'a fait cette même suggestion. Il apparaît donc que parmi les éléments jugés prioritaires par les étudiants handicapés physiques, certains serviraient également les étudiants bien portants. De plus, les éléments qu'ils considèrent comme prioritaires ne supposent pas de temps ou d'énergie supplémentaire de la part du professeur.

Ce que les étudiants handicapés peuvent faire

La recommandation la plus fréquente des trois groupes de répondants pour les questions sur ce que les étudiants pourraient faire de façon à faciliter l'enseignement et l'apprentissage concernait l'information du professeur sur les besoins des étudiants ayant un handicap physique. Cependant, dans la plupart de leurs recommandations sur ce point, étudiants et professeurs différaient considérablement. Par exemple, ainsi que le montre la figure 2, tandis que les étudiants recommandaient de travailler plus fort, de s'organiser à l'avance et d'obtenir de bonnes notes de cours, peu de professeurs ont fait ces suggestions. Par contre, beaucoup de professeurs mais peu d'étudiants ont recommandé que les étudiants fassent des propositions précises et des remarques sur les cours, que les étudiants les rencontrent avant le début du trimestre et que les professeurs soulignent les problèmes potentiels que représentera le cours avant que ceux-ci ne se présentent. Il apparaît ici que les étudiants ont mis l'accent sur ce qu'ils pourraient faire pour eux tandis que les professeurs ont plus insisté sur ce que les étudiants pourraient faire pour leur permettre d'être meilleurs professeurs. Il serait sans doute bon que les étudiants ayant des handicaps prêtent attention à ces deux types de suggestions.

Ce que les établissements peuvent faire

En réponse aux questions concernant ce que les établissements pourraient faire pour faciliter l'enseignement et l'apprentissage, la recommandation la plus fréquente faite par les étudiants handicapés et par leurs professeurs fut que l'établissement ouvre un centre

pour étudiants handicapés qui serve de centre d'accueil, offre des services, communique l'information et suscite une "prise de conscience" et propose dans ce but diverses activités. D'autres recommandations souvent formulées concernaient la facilité d'accès en fauteuil roulant à certains lieux, la disponibilité de bénévoles (ou d'un personnel rémunéré) qui puissent assurer la lecture, prendre des notes, etc., ainsi que la possibilité d'avoir des magnétophones à l'usage des étudiants.

Comme le montre la figure 3, bien qu'il existe quelques divergences flagrantes entre les trois groupes, on remarque que dans la plupart des 35 catégories les étudiants handicapés physiques et leurs professeurs s'accordent assez bien sur les questions relatives aux services, aux installations et le matériel nécessaires. Par contre, les suggestions faites par les professeurs n'ayant pas enseigné à des étudiants handicapés n'avaient souvent aucun lien avec celles faites par les deux autres groupes. Ceci était particulièrement vrai pour les services et le matériel.

En ce qui concerne les installations, tous s'accordaient certes sur le fait que les campus devraient être accessibles aux fauteuils roulants, mais il semblait pourtant que les professeurs insistaient plus sur des modifications particulières d'architecture pour les utilisateurs de fauteuils roulants, alors que les étudiants semblaient plus concernés par des problèmes de hauteur de table, de place pour ranger les fauteuils lorsqu'ils ne sont pas utilisés, et d'une disposition plus judicieuse pour aider les étudiants ayant des déficiences visuelles. Les différences montrent bien que les professeurs pensent généralement plus à l'accès des fauteuils roulants alors que les étudiants prennent surtout en considération le milieu même de l'établissement ainsi que les besoins pratiques des étudiants ayant des handicaps autres que ceux qui nécessitent le déplacement en fauteuil roulant. Selon les recommandations des étudiants il faudrait sensibiliser le personnel des collèges et des universités au fait qu'on devrait se préoccuper des installations pour les étudiants ayant des déficiences sensorielles car elles ne conviennent pas. Il s'agit d'ailleurs souvent de changements qui peuvent être faits à un coût minimal (voir Evans, Bissonnette, Tesler & Dorfman, non daté).

Pour la catégorie des "autres recommandations", les trois groupes ne sont pas vraiment d'accord. Par exemple, de nombreux professeurs mais peu d'étudiants pensent que l'établissement devrait pouvoir offrir un "milieu accueillant" et proposer des programmes de sensibilisation. Les professeurs qui ont enseigné à des

étudiants ayant des handicaps, mais non pas ceux qui n'avaient pas cette expérience, recommandent également que les établissements offrent des possibilités de recherches et d'échanges. Les étudiants, pour leur part, semblent plus préoccupés par les changements dans le processus d'inscription. Il n'est donc pas étonnant que professeurs et étudiants proposent des changements dans l'établissement qui rendraient leur vie plus facile.

Les divergences entre les trois groupes soulignent une vérité que beaucoup soutiennent mais que peu mettent en pratique. Tout d'abord, professeurs et étudiants ont besoin d'être informés de leurs besoins et de leurs soucis réciproques; ceux-ci ne coïncident pas toujours en raison d'une différence de points de vue. Ensuite, les professeurs qui n'ont pas enseigné à des étudiants handicapés ne savent souvent pas ce dont ces étudiants et leurs professeurs ont véritablement besoin. Enfin, les besoins des étudiants dépendent de leur handicap et ils ne sont pas les mêmes pour tous.

En conséquence, étant donné que les professeurs, les étudiants bien-portants et ceux ayant un handicap physique ont souvent des priorités et des points de vue différents, les établissements qui prévoient de faire des changements pour mieux répondre aux besoins des étudiants handicapés ne devraient les envisager qu'après avoir consulté les étudiants ayant divers handicaps ainsi que leurs professeurs. C'est la seule façon dont les établissements ayant un personnel bien intentionné pourront faire les modifications et les changements nécessaires.

Autres résultats

L'étude a permis de faire une découverte intéressante et pourtant inattendue, à savoir que la plupart des professeurs ayant une certaine expérience ont enseigné à un minimum d'un étudiant handicapé. Bien que ce phénomène soit à l'origine de l'une des lacunes les plus gênantes de cette étude - puisqu'il a modifié la procédure systématique d'échantillonnage et a permis de n'avoir qu'un petit groupe de professeurs n'ayant pas enseigné à des étudiants handicapés - nous pensons néanmoins qu'il s'agit d'une découverte importante. De nombreux établissements reconnaissent certes le besoin d'offrir des services, du matériel, des ressources et des installations qui répondent aux besoins des étudiants ayant un handicap physique, mais ils présentent souvent l'argument que le nombre d'étudiants handicapés sur le campus ne justifie pas le coût des transformations nécessaires pour répondre à leurs besoins. Mises à part

les considérations d'ordre humanitaire, le fait que plus de la moitié des professeurs sont également touchés par des lacunes dans ce domaine peut encouragé les établissements d'enseignement à revoir leurs priorités en matière de financement.

Conclusions

Bien que la méthode de cette enquête présente certaines limites, de nombreuses recommandations formulées étaient tout à fait prioritaires pour tous les groupes de participants. Étant donné qu'il est important d'offrir un enseignement supérieur aux personnes ayant des handicaps physiques et, comme l'a remarqué l'Office des personnes handicapées du Québec, puisque c'est un milieu inadapté aux besoins des handicapés qui désavantage une personne ayant un handicap physique (OPHQ, 1984), les suggestions formulées par ceux qui sont le plus proches de l'éducation des étudiants handicapés méritent d'être étudiées avec attention par les professeurs, les étudiants handicapés, ainsi que par le personnel et les administrateurs des collèges et des universités.

BIBLIOGRAPHIE

Alexander R.J. (1979). Physically disabled students in the college classroom (Étudiants handicapés physiques dans la classe d'un collège). Journal of General Education, 31, 195-204.

Barile M. (avril 1985). Access McGill report on students' perceptions of access for the disabled at McGill (Rapport sur la façon dont les étudiants percevaient l'accès de McGill pour les handicapés) Montréal (Québec): Access McGill, Université McGill, Montréal (Québec).

Bayne G.K. et H. Caton (1979). Developing teacher competencies in working with handicapped students (Compétences pour l'enseignant qui travaille avec des étudiants handicapés). Louisville (Kentucky): Faculté d'éducation de l'Université de Louisville.

Comité canadien d'organisation de l'Année internationale des personnes handicapées (1981). Directions (Livre 2): Éducation - Directives pour une action. Ottawa.

Delli Colli M.A. et J.C. MacDougall (1983). Reverse mainstreaming: Social interaction among disabled and non-disabled children (La "normale" à contre-courant: communication sociale entre enfants handicapés et non handicapés). Exposé présenté au congrès annuel de la Société canadienne de psychologie, à Winnipeg (Manitoba).

English R.W. (1971). Correlates of stigma toward physically disabled persons (Corrélats des attitudes marquées envers les personnes handicapées physiques). Rehabilitation Research and Practice Review, 2, 1-17.

Evans J.K., L. Bissonnette, J. Tessler & S. Dorfman (non daté). Handbook prepared for educators of the visually impaired (Manuel à l'usage des éducateurs des handicapés visuels). Montréal (Québec). Association montréalaise pour les aveugles.

Fichten C.S. (1985). Self, other and situation-referent automatic thoughts: Interaction between people who have a physical disability and those who do not (Les pensées automatiques qui naissent de soi, des autres et des situations: communication entre les personnes qui ont un handicap physique et celles qui n'en ont pas). Manuscrit présenté pour publication.

Fichten C.S. & R. Amsel (sous presse). Trait attributions about physically disabled students: Circumplex analyses and methodological issues (Qualités chez les étudiants handicapés physiques: analyses circomplexes et questions méthodologiques). Journal of Applied Social Psychology.

Fichten C.S. & C.V. Bourdon (1984). Social interaction between physically disabled and non-disabled college students (Communication sociale entre les étudiants handicapés et non handicapés des collèges). Resources in Education, 19, n° 12, 63. (Service de reproduction des documents ERIC, ED n° 246564).

Fichten C.S., V. Compton & R. Amsel (sous presse). Imagined empathy and attributions concerning activity preferences of physically disabled college students (Empathie imaginaire en ce qui concerne les activités que les étudiants handicapés physiques des collèges préfèrentant). Rehabilitation Psychology.

Fichten C.S., J. Hines & R. Amsel (sous presse). Public awareness of physically disabled people (Sensibilisation du public aux problèmes des personnes handicapées physiques). International Journal of Rehabilitation Research.

Gresham F.M. (1982). Misguided mainstreaming: The case for social skills training with handicapped children (La "normale" mal comprise: La formation des aptitudes sociales des enfants handicapés). Exceptional Children, 48, 422-433.

Hirshoren A. & T. Burton (1977). Willingness of regular teachers to participate in mainstreaming handicapped children (Désir des enseignants permanents de pousser les enfants handicapés à suivre des activités normales). Journal of Research and Development in Education, 12, 93-100.

Kunc N. (1981). Ready, Willing and Disabled. Toronto (Ontario). Bibliothèque personnelle.

MacDougall J.C., K.G. Munhall & B.V. Destounis (1981). Reverse mainstreaming of the physically handicapped (La "normale" à contre-courant des handicapés physiques). Physiotherapy Canada, 33, 2-4.

Marion P.B. & E.V. Iovacchini (1983). Services for handicapped students in higher education: An Analyses of national trends (Services aux étudiants handicapés dans l'enseignement supérieur: une analyse des tendances nationales). Journal of College Student Personnel, 24, 131-137.

McLoughlin W.P. (1982). Helping the physically disabled in higher education (L'aide aux handicapés physiques dans l'enseignement supérieur). Journal of College Student Personnel, 23, 240-246.

Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) (1984). A part... égale/On equal terms. Drummondville (Québec).

Penn J.R. & D.H. Dudley (juillet 1980). The handicapped student: Problems and perceptions (L'étudiant handicapé: problèmes et perceptions). Journal of College Student Personnel, 354-357.

Rauth M. (1980). Mainstreaming: Arriving to nowhere on a promising current? (La "normale": un courant prometteur qui ne mène nulle part?). Washington (D.C.). American Federation of Teachers.

Reynolds M.C. (1980). Public Law 94-142: The challenge of the integration movement to teachers and teacher-educators (La difficulté du mouvement d'intégration pour les professeurs et les éducateurs). Prevention and Integration: Priorities for the 80s (Prévention et intégration: les priorités pour les années 80) - Actes d'un séminaire sur l'éducation, Vancouver (Canada). Congrès mondial sur la réadaptation.

Robillard K. & Fichten C.S. (1985). Attributions about sexuality and romantic involvement of physically disabled college students: An empirical study (Sexualité et relations amoureuses des étudiants handicapés physiques des collèges: une étude empirique). Manuscrit soumis pour publication.

Smith L. (1982). The college student with a disability: A faculty handbook (L'étudiant de collège handicapé: un manuel à l'usage des professeurs). Washington (D.C.). Chef de la documentation. Imprimerie officielle du gouvernement américain.

Comité spécial sur les handicapés (1981). Obstacles (3e rapport). Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada.

Stilwell W.E. & Schulker S. (1973). Facilities available to disabled higher education students (Installations à la disposition des étudiants handicapés de l'enseignement supérieur). Journal of College Student Personnel, 419-424.

Stilwell D.N., W.E. Stilwell & L.C. Perrit (1983). Barriers in higher education for persons with handicaps: A follow-up (Les obstacles de l'enseignement supérieur pour les personnes ayant un handicap). Journal of College Student Personnel, 24, 337-343.

Wright B.A. (1980). Developing constructive views of life with a disability (Cultiver une façon constructive de voir la vie avec un handicap). Rehabilitation Literature, 41, 274-279.

NOTES DE L'AUTEUR

La présente étude a été subventionnée par les Fonds F.C.A.R. pour l'aide et le soutien à la recherche. Il est possible de se procurer des copies du rapport en s'adressant à: Catherine Fichten, Département de psychologie, Collège Dawson, 350, rue Selby, Montréal (Québec) H3Z 1W7.

De nombreuses personnes ont collaboré à ce travail. Outre les 128 étudiants et professeurs qui ont bien voulu prendre le temps de répondre au questionnaire, nous avons relevé le nom de 25 autres personnes dont la participation a été importante à différents stades de l'étude. Nous sommes reconnaissants à toutes ces personnes et à tous ceux qui nous ont aidés d'une façon ou d'une autre pour mener ce travail à bien.

LÉGENDES DES FIGURES

Figure 1. Recommandations faites par des étudiants handicapés, par des professeurs qui ont enseigné à des étudiants handicapés et par des professeurs n'ayant pas cette expérience.

Figure 2. Recommandations faites par des étudiants handicapés, par des professeurs qui ont enseigné à des étudiants handicapés et par des professeurs n'ayant pas cette expérience.

Figure 3. Recommandations faites par des étudiants handicapés, par des professeurs qui ont enseigné à des étudiants handicapés et par des professeurs n'ayant pas cette expérience. Les recommandations précédées de la lettre S se réfèrent aux services, celles précédées de la lettre I se réfèrent aux installations, celles précédées de la lettre M se réfèrent au matériel, et celles précédées de la lettre A se réfèrent aux autres recommandations.

COURS D'AFFIRMATION DE SOI POUR DES HANDICAPÉS EN FAUTEUIL ROULANT: UNE PREMIÈRE ÉVALUATION

Robert L. Glueckauf
Ross G. Stockwell
Alexandra L. Quittner

Hôpital universitaire et
Université de Western
Ontario

RÉSUMÉ

On a demandé à des adultes handicapés physiques en fauteuil roulant, habitant la région d'Ottawa-Hull, de participer à une première évaluation d'un programme d'affirmation de soi de 11 semaines. Les 28 participants - 21 femmes et 7 hommes - utilisaient tous un fauteuil roulant pendant plus de la moitié de leur temps hors de la maison. Sur le plan médical, les sujets présentaient des lésions de la moelle épinière (n = 7), de la sclérose en plaques (n = 9), une infirmité motrice cérébrale (n = 3), du spina-bifida (n = 3) et d'autres troubles neuromusculaires (n = 6). On a demandé à chaque participant de remplir une série de questionnaires individuels ainsi qu'une version modifiée des Indicateurs de modèles d'activités (API). Les mesures du questionnaire comprenaient le plan d'affirmation de soi de Rathus (RAS), l'inventaire d'affirmation de soi en société et l'échelle de l'acceptation du handicap (AD). Pour évaluer le programme d'affirmation de soi, on a utilisé à deux moments différents les mêmes mesures d'évaluation: au cours d'un post-test et six mois plus tard. À ces deux occasions, nous avons pu remarquer d'importants progrès en ce qui concerne l'affirmation de soi, laisance en société et l'acceptation du handicap. Par contre, une seule des six comparaisons prévues entre les différents niveaux d'activité, avant et après le traitement, s'est révélée statistiquement significative. Nous avons enfin analysé les limites méthodologiques de cette première évaluation.

COURS D'AFFIRMATION DE SOI POUR DES HANDICAPÉS EN FAUTEUIL ROULANT: UNE PREMIÈRE ÉVALUATION

Les sujets ayant des handicaps physiques manifestes risquent de se heurter à un certain nombre de difficultés dans les rapports sociaux. Des attitudes amoindrissantes, des situations sociales embarrassantes liées au

handicap et des réactions de comportement contradictoires de la part des non-handicapés sont des exemples de facteurs fréquents de tension que rencontrent les handicapés (Glueckauf & Ouittner, 1984). Des recherches antérieures ont montré que les non-handicapés ont tendance à éviter les relations avec les handicapés (Kleck, 1968; Kleck, Ono & Hastorf, 1966). On a observé un processus différent quand les échanges sociaux ne peuvent pas facilement être évités. Dans ces conditions-là, les non-handicapés ont tendance à utiliser des méthodes qui réduisent l'angoisse en adoptant, par exemple, des attitudes semblables à celles des personnes handicapées (Kleck et al., 1966; Schlenker, 1980). Il résulte de ces préjugés sociaux que les personnes handicapées peuvent ne pas recevoir de réaction sincère à leur comportement et en particulier peuvent recevoir des réactions inefficaces ou inappropriées. Nous soutenons qu'un fonctionnement social réussi peut alors dépendre de la capacité qu'a une personne handicapée de mettre les autres à l'aise, de susciter leurs réactions et de suggérer de nouveaux modes de relations sociales (cf. Dunn & Hermann, sous presse).

Il a été prouvé que le cours d'affirmation de soi augmentait la sociabilité et permettait de mieux résoudre les problèmes sociaux dans quantité de milieux médicaux et non médicaux (cf. Galassi & Galassi, 1978, pour une idée d'ensemble de la question). Néanmoins, ce n'est que récemment qu'on a procédé à l'application systématique et à l'évaluation des cours d'affirmation de soi pour les handicapés physiques (par exemple, Dunn, VanHorn & Herman, 1981; Mishel, 1978; Morgan & Leung, 1980). Dans une enquête qui fait date, Dunn et al. (1981) ont placé au hasard 22 anciens combattants qui présentaient des lésions de la moelle épinière à l'une des quatre conditions suivantes de traitement: a) le cours d'affirmation de soi, b) le cours d'affirmation de soi et un film d'imitation, c) le film d'imitation seulement, d) un groupe témoin (c'est-à-dire le milieu hospitalier). On a constaté des différences importantes dans un test de psychodrame-vidéo (cf. Eisler, Hersen & Miller, 1973). Les deux groupes ayant suivi le cours d'affirmation de soi avaient enregistré des gains nettement plus substantiels en ce qui concerne les mesures comportementales que le groupe qui avait été soumis au film seulement et que le groupe témoin (c'est-à-dire, quant à la demande d'un changement de comportement, à la fermeté des refus et à l'appréciation globale de l'efficacité). On n'a pas trouvé de différences significatives entre les quatre conditions précédentes en ce qui concerne les

mesures d'auto-évaluation de l'affirmation de soi et de l'angoisse sociale.

Deux autres études portant sur des participants adultes ayant des troubles neurologiques et des difficultés de mobilité ont donné des résultats semblables pour ce qui est des mesures de l'affirmation de soi obtenues avec le psychodrame (Mishel, 1978; Morgan & Leung, 1980). Les deux équipes de chercheurs ont néanmoins trouvé des gains significatifs après le traitement en ce qui concerne les mesures d'auto-évaluation (par exemple, le plan d'affirmation de soi de Rathus). Ainsi, le schéma général des résultats indique que le cours d'affirmation de soi conduit à une meilleure sociabilité des handicapés physiques. Il faudrait toutefois user de prudence en interprétant les résultats de ces premières recherches. En effet, des différences dans le déroulement du traitement, le manque de répétition et l'absence de données sur un suivi limitent les conclusions tirées de causes particulières. Nous avons tenté de remédier à ces défauts méthodologiques dans la présente enquête sur les effets du cours d'affirmation de soi pour les handicapés en fauteuil roulant.

Hypothèses

L'objectif global du programme d'affirmation de soi était de faciliter l'adaptation sociale des handicapés en fauteuil roulant dans la collectivité. Nous avons voulu, dans notre étude, vérifier les hypothèses suivantes: a) les participants du cours d'affirmation de soi devaient, au post-test et à l'évaluation six mois plus tard, faire preuve d'une meilleure affirmation de soi d'une façon générale et dans des situations sociales faisant ressortir le handicap; b) les participants devaient, au post-test et à l'évaluation six mois plus tard, montrer une moins grande angoisse sociale dans des situations faisant ressortir leur handicap; c) le post-test et l'évaluation six mois plus tard devaient également révéler un pas important vers une plus grande acceptation du handicap; d) les participants en chômage devaient, au post-test et à l'évaluation six mois plus tard, montrer une nette amélioration quant à la diversité des activités hebdomadaires, la fréquence des activités à l'extérieur et la fréquence des activités impliquant des contacts sociaux. Par contre, nous avons supposé que les sujets qui travaillaient ne montreraient pas de modification notable dans leur types d'activités. Il faut remarquer également que nous n'escomptions pas de changements importants ni dans la perception de soi ni dans les

mesures des activités du post-test à l'évaluation six mois plus tard.

Méthode

Les sujets

Nous avons recruté des volontaires en utilisant des moyens variés, notamment la publicité dans les médias, des conférences publiques et des références fournies par des organismes communautaires. Vingt-huit personnes en fauteuil roulant qui résidaient dans la région d'Ottawa-Hull participèrent à la phase initiale du projet d'affirmation de soi.[1] Deux sujets - un homme et une femme - se retirèrent du programme, le premier après une séance, la seconde après quatre; 26 personnes ont suivi jusqu'au bout les 11 séances de cours. Nous présentons dans le tableau 1 les caractéristiques personnelles et médicales de l'échantillon d'Ottawa.

Évaluation et traitement

Le critère majeur pour être accepté dans ce programme d'affirmation de soi était d'utiliser un fauteuil roulant (ou un appareil assimilé) pendant au moins la moitié du temps hors de la maison. De plus, on a testé au départ l'aptitude moyenne des sujets à mémoriser et leur capacité en lecture, avec le test de rendement individuel de Peabody (PIAT), le sous-test de compréhension de la lecture (Dunn & Markwardt, 1970) et la formule 1 de l'échelle de mémoire de Wechsler (WMS; Wechsler, 1945). Les sujets qui n'ont pas atteint le niveau de lecture de 6e année au PIAT ou qui ont marqué plus d'un écart type sous la moyenne au WMS se sont vu offrir d'autres interventions thérapeutiques (par exemple, un cours d'affirmation de soi individuel ou en couple). Après avoir satisfait aux critères de sélection, tous les sujets ont été pré-testés avec des mesures dépendantes. Les évaluations du post-test ont été réalisées une semaine et six mois après la fin du cours.

Trois groupes d'affirmation de soi (voir le tableau 1 pour les données sur la composition des groupes) ont fonctionné d'avril 1982 à décembre 1983. Chaque groupe s'est retrouvé deux heures et demie le soir, une fois par semaine pendant 11 semaines. Le programme comportait neuf sessions de groupe et deux sessions de mise en application des buts au cours desquelles chaque membre des groupes travaillait son (ou ses) but(s) personnels d'affirmation de soi avec un co-participant et deux

TABLEAU 1

Caractéristiques[a] des groupes suivant le cours d'affirmation de soi

Variable	Groupe I n = 9	Groupe II n = 10	Groupe III n = 9	Total N = 28
Âge moyen	30,8 (6,16)	42,7 (12,14)	41,6 (14,76)	38,5 (12,41)
Années moyennes d'études	12,6 (1,59)	14,4 (2,17)	11,7 (2,57)	12,9 (2,36)
Âge médian au début	19,0	26,5	16,0	19,8
Femmes	4	7	9	20
Époux de droit ou de fait[b]	1	6	2	9

Situation d'activité	
Emploi à plein temps (5 jours par semaine)	10
Emploi à temps partiel (2 jours par semaine)	1
Travail bénévole à temps partiel ou à temps plein (16 heures par semaine ou plus)	8
Etudiant	1
Chômeur	13
État de santé	
Lésion de la moelle épinière	7
Sclérose en plaques	9
Infirmité motrice cérébrale	3
Spina-bifida	3
Autres troubles neuromusculaires	6

[a] Les écarts types sont entre parenthèses.

[b] Des 19 sujets restants, 13 étaient célibataires, 3 étaient séparés, 2 étaient divorcés et 1 était veuf.

co-thérapeutes travaillant dans ce domaine. Les chefs de groupe étaient deux thérapeutes - un homme et une femme - qui possédaient en moyenne trois ans de formation en thérapie de comportement de groupe.

Le déroulement des neuf sessions de groupe était le suivant. Tout d'abord, on demandait aux participants d'examiner les résultats de ce qu'ils devaient faire à l'extérieur (par exemple, des exercices pour susciter des réactions). Ceci était suivi d'une demi-heure de présentation didactique avec matériel audio-visuel et un thérapeute montrant des exercices pertinents à imiter. La deuxième moitié de la session consistait en discussions et en projection de psychodrames vidéos sous forme de sketches structurés. Enfin, les chefs de groupe revoyaient les exercices à faire pour la semaine suivante, qui comprenaient des textes choisis du livre de Alberti et Emmons (1984) intitulé: Your Perfect Right: A Guide to Assertive Living (Votre droit absolu: guide d'affirmation de soi) et des exercices de communication.

Le contenu du programme d'affirmation de soi reflétait les présupposés théoriques des enquêteurs (cf. Glueckauf & Quittner, 1984; Lazarus, 1976). Nous avions formulé l'hypothèse que l'affirmation de soi dans des situations sociales difficiles était fonction du niveau d'angoisse sociale, de la perception de sa propre efficacité et des aptitudes réelles (verbales et non verbales). Comme on peut le voir dans le tableau 2, les troisième et quatrième sessions ont été consacrées au rendement (pour établir une échelle), la cinquième session aux connaissances liées à sa propre efficacité et à la maîtrise de la colère; la sixième session était consacrée à la pratique des méthodes de relaxation.

Mesures dépendantes

Les mesures dépendantes consistaient en une série de questionnaires papier-crayon, une version modifiée du test comportemental d'affirmation de soi (BAT-R; Eisler et al., 1973; Dunn et al., 1981) et une forme abrégée des indicateurs de modèles d'activités (API; Brown, Diller, Gordon, Fordyce & Jacobs, 1984).[2] Les mesures papier-crayon comprenaient le plan d'affirmation de soi de Rathus (Rathus, 1973), l'échelle d'acceptation du handicap (AD; Linkowski, 1971) et l'inventaire d'affirmation sociale, version modifiée du questionnaire de l'affirmation de soi pour les personnes présentant des lésions de la moelle épinière (Dunn & Herman, sous presse), consistant en deux échelles: une sur l'angoisse sociale et une sur la vraisemblance des réponses assurées.

TABLEAU 2

Brève description du programme des cours d'affirmation de soi

Session 1	:	Introduction au cours d'affirmation de soi.
Session 2	:	Établissement de la distinction entre un comportement passif, agressif et assuré.
Session 3	:	Exercices sur les aptitudes élémentaires à écouter.
Session 4	:	Réactions à des situations difficiles faisant ressortir le handicap.
Session 5	:	Mode de pensée inefficace et identification des droits d'affirmation de soi.
Session 6	:	Exercices sur les aptitudes à la détente autogène et progressive.
Session 7	:	Expression de la frustration et de la colère d'une façon assurée.
Sessions 8 & 9:		Mise en application des buts individuels d'affirmation de soi et exercices.
Session 10	:	Exercices collectifs sur les buts d'affirmation de soi et gradation des buts.
Session 11	:	Réseaux sociaux et techniques pour conserver les gains acquis.

Outre les mesures papier-crayon utilisées avec les sujets, ceux-ci ont dû tenir quotidiennement leur journal pendant une semaine lors des phases d'évaluation (pré-test, post-test et vérification). Le journal quotidien était une version modifiée des API qui comportait 69 points. Les catégories d'activités évaluées par les API modifiés étaient: le travail, les voyages, l'éducation, les loisirs, les activités sociales, le soin des enfants et les affaires du ménage. Les sujets notaient à la fois leurs activités de la journée (par exemple, assister à un concert) en précisant si ces activités comportaient des contacts sociaux. Toute interaction verbale entre le participant et au moins une autre personne, à l'exclusion des brefs "bonjour", "au revoir" constituait un contact social. Un assistant de recherche dûment formé a recueilli par téléphone les informations sur le journal modèle API à la fin de la période d'évaluation de sept jours.

À partir des recherches antérieures sur l'API (Brown et al., 1984), nous avons analysé les données des activités par rapport à trois critères: a) la diversité (nombre total d'activités différentes - de 0 à 69 - auxquelles les sujets avaient participé durant la semaine); b) les activités à l'extérieur (nombre total de jours - de 0 à 7 - pendant lesquels les participants avaient exercé chacune des 69 activités à l'extérieur); c) les activités à l'extérieur comportant un contact social (nombre total de jours - de 0 à 7 - pendant lesquels les sujets avaient eu un contact social en pratiquant une activité à l'extérieur).

Résultats

Les mesures antérieures au traitement

Nous avons effectué des analyses de la variance à un critère de classification sur les caractéristiques des sujets et sur les sept mesures dépendantes pour tester les différences existant avant le traitement chez les trois groupes ayant suivi le cours d'affirmation de soi. La composition des groupes (voir tableau 1) révélait des différences dans les domaines suivants: le sexe du sujet, sa situation de famille, l'âge au début du handicap et l'âge actuel ($p < 0,02$). Mais on n'a pas trouvé de corrélations significatives entre ces variables et les résultats des sujets au questionnaire du pré-test et en ce qui concerne les types d'activités. Il faudrait aussi remarquer qu'on n'a pas relevé de différences significatives entre les groupes quelles que soient les mesures dépendantes.

Effets du traitement

Nous avons fait l'analyse multivariée de la variance pour tester les principaux effets de la phase du traitement (facteur intra-groupe) sur les mesures de l'affirmation de soi et de l'acceptation du handicap. Le facteur intra-groupe était la phase du traitement (pré-test, post-test et vérification six mois plus tard). De plus, nous avons effectué une analyse de la variance avec un facteur inter-groupes et une avec un facteur intra-groupe sur les types d'activités. Compte tenu des résultats issus des recherches précédentes sur l'API (Diller, Fordyce, Jacobs, Brown, Gordon, Simmens, Orazem & Barrett, 1983; Gordon, 1982), nous avons inclus comme facteur de groupe la situation d'activité (employé ou chômeur).[3] La phase de traitement était le facteur intra-cellules. Il faut remarquer que nous n'avons pas fait d'analyses multivariées sur les données des activités puisqu'il y avait une grande interdépendance entre les trois mesures de l'API. Enfin, la valeur critique pour toutes les statistiques univariées a été fixée à $p < 0,02$ (correction Bonferroni).

Nous avons obtenu un effet moyen significatif du traitement pour les mesures du questionnaire (Wilks Lambda = 0,46, $F(8,94) = 5,59$, $p < 0,0001$). Les tests F univariés pour l'évaluation six mois plus tard (voir tableau 3) ont révélé des différences substantielles au post-test et à l'évaluation six mois plus tard. Du pré-test au post-test, les quatre mesures ont révélé un déplacement statistiquement significatif vers une amélioration pour ce qui est de l'affirmation de soi, de l'aisance en société et de l'acceptation du handicap. En moyenne, ces gains se sont maintenus jusqu'à l'évaluation six mois plus tard. Nous n'avons trouvé aucune différence moyenne significative entre les mesures SAI du post-test et de l'évaluation six mois plus tard. Nous avons observé une légère chute dans les moyennes de l'échelle de l'acceptation du handicap tandis que, du post-test à l'évaluation six mois plus tard, nous avons noté une augmentation significative pour le RAS (voir tableau 4 pour une présentation des moyennes du questionnaire).

Nous avons obtenu un modèle de résultats différent pour les trois mesures API. Les interactions prévues entre la situation d'activité et la phase de traitement n'ont été relevées que dans une des six comparaisons

TABLEAU 3

Résultats aux analyses (multivariées et non) de la variance pour le mesures des questionnaires

Du pré-test au post-test - Wilks' Lambda = 0,34; F (4,22) = 10,51, p < 0,0001

	$\leq ta^2$	F	Valeur de p
RAS[a]	0,20	36,92	0,00
SAI - Anxiété[b]	0,07	12,22	0,00
SAI - Vraisemblance[c]	0,03	18,79	0,00
AD[d]	0,15	15,36	0,00

Du post-test à l'évaluation six mois plus tard - Wilks' Lambda = 0,52; F(4,22) = 5,02, p < 0,006

	$\leq ta^2$	F	Valeur de p
RAS	0,02	1,46	0,24
SAI - Anxiété	0,00	0,62	0,44
SAI - Vraisemblance	0,00	0,45	0,51
AD	0,03	2,77	0,11

Du pré-test à l'évaluation six mois plus tard - Wilks' Lambda = 0,49; F(4,22) = 5,68, p < 0,003

	$\leq ta^2$	F	Valeur de p
RAS	0,31	19,67	0,00
SAI - Anxiété	0,03	5,52	0,03
SAI - Vraisemblance	0,01	7,08	0,01
AD	0,04	3,65	0,07

a RAS - Plan d'affirmation de soi de Rathus
b SAI - Inventaire d'affirmation de soi en société - Anxiété
c SAI - Inventaire d'affirmation de soi en société - Vraisemblance
d AD - Acceptation du handicap

TABLEAU 4

Moyennes et écarts types[a] pour les mesures des questionnaires

Mesure	Pré-test	Post-test	Évaluation six mois plus tard
Plan d'affirmation de soi de Rathus	-9,32 (31,20)	9,85 (28,06)	15,08 (25,65)
Inventaire d'affirmation de soi en société - Anxiété	51,85 (21,63)	40,96 (12,97)	43,35 (16,16)
Inventaire d'affirmation de soi en société - Vraisemblance[b]	54,02 (13,97)	46,42 (9,92)	47,85 (12,79)
Acceptation du handicap	219,98 (42,42)	236,15 (35,78)	230,04 (33,05)

[a] Les écarts types sont entre parenthèses.

[b] Résultats inversement proportionnels (c'est-à-dire que plus le résultat est bas, plus la vraisemblance de la réponse assurée est élevée).

prévues (c'est-à-dire les activités à l'extérieur du pré-test au post-test). Il faut noter que l'effet obtenu a résulté d'une interaction équilibrée inattendue. Les sujets qui exerçaient un métier ont montré une baisse de leur taux d'activités à l'extérieur, tandis que les participants sans travail ont montré des gains substantiels. Comme nous l'avons déjà mentionné, nous pensions que les participants qui avaient un travil maintiendraient des taux stables d'activités du pré-test au post-test pour les trois mesures API. Bien que les interactions entre la situation d'activité et la phase de traitement n'aient pas été statistiquement significatives, le schéma général des moyennes des cellules d'interaction s'accordait avec les hypothèses expérimentales. Comme le montre le tableau 5, les sujets sans travail ont fait preuve d'une augmentation de leur taux d'activités du pré-test au post-test, tandis que le taux d'activités des participants qui travaillaient est resté le même ou a décru. Nous n'avons pas observé de changements notables dans le taux d'activités des sujets qui travaillaient et de ceux qui ne travaillaient pas, entre le post-test et l'évaluation six mois plus tard.

Discussion

Les prévisions d'une amélioration de l'affirmation de soi, de l'aisance en société et de l'acceptation du handicap, ont été considérablement étayées, à la fois au post-test et à l'évaluation six mois plus tard. Le grand degré de convergence entre les mesures RAS, SAI et AD a justifié plus encore la validité des résultats du questionnaire. Il reste néanmoins possible que les réponses aient été données par désir de se conformer aux exigences sociales. Nous avons pourtant une preuve indirecte que les mesures du comportement utilisées dans la présente étude n'ont pas pu être très sujettes au biais de la désirabilité sociale. Dans une récente étude conceptuelle de validité, Rock (1981) a trouvé que parmi plusieurs inventaires sur l'affirmation de soi, le RAS montrait la plus petite corrélation avec l'échelle d'Edwards de désirabilité sociale. Puisque les gains pour le RAS comptaient pour la plus grande proportion de variance du pré-test au post-test ($Eta^2 = 0,20$) et du pré-test à l'évaluation six mois plus tard ($Eta^2 = 0,31$), les augmentations pour les mesures du questionnaire reflétaient probablement des tendances modifiées à répondre avec assurance dans le cas de situations sociales courantes et d'autres où il faut tenir compte de l'utilisation d'un fauteuil roulant.

TABLEAU 5

Mesure	Pré-test C[d]	Pré-test E[d]	Post-test C	Post-test E	Évaluation six mois plus tard C	Évaluation six mois plus tard E
Activités à l'extérieur	16,54 (11,11)	36,25 (12,51)	22,62 (11,33)	30,08 (13,23)	22,31 (10,05)	35,58 (21,16)
Activités à l'extérieur avec contacts sociaux	14,77 (9,53)	30,33 (12,77)	19,62 (10,13)	25,33 (13,05)	19,54 (9,17)	25,58 (18,38)
Diversité des activités	25,08 (6,12)	29,67 (7,00)	29,62 (9,59)	31,83 (6,93)	31,54 (8,78)	30,90 (8,40)

[a] Les écarts types sont entre parenthèses.
[b] Voir note 3 sur le critère utilisé pour déterminer la situation d'activité.
[c] C = Chômeur.
[d] E = Employé.

Par contre, l'augmentation du taux d'activités chez les sujets sans travail comparée à celle du taux d'activités chez les sujets avec travail est peu étayée. Une importante limite de la présente étude était la taille réduite de l'échantillon (n = 28). La possibilité de détecter les effets d'un traitement sur le comportement d'un client est inextricablement liée au nombre de personnes testées. Plus l'échantillon est grand, plus il est vraisemblable de détecter de véritables différences dans les niveaux d'activités des sujets avant et après le traitement.

Nous avons récemment terminé la deuxième année de cours d'affirmation de soi à l'Hôpital universitaire et avons porté la taille de notre échantillon à 50 participants en fauteuil roulant. Si nous retrouvons chez les groupes de London les mêmes tendances décelées dans les données d'Ottawa, nous obtiendrons vraisemblablement les interactions prévues entre la situation d'activité et la phase de traitement. Il est néanmoins tout à fait possible que le programme actuel de cours d'affirmation de soi n'ait aucun effet important sur la mobilité sociale des individus en fauteuil roulant. Il se peut que des changements importants dans les types d'activités ne résultent pas des méthodes utilisées dans les cours d'affirmation de soi essentiellement centrés sur les dimensions qualitatives du comportement interpersonnel. Si tel est le cas, nous devrions voir des progrès importants à la fois dans les mesures du questionnaire et du BAT-R (c'est-à-dire le psychodrame), ceci avec peu ou pas de fluctuation dans les types d'activités au post-test et à l'évaluation six mois plus tard. Nous traiterons ces questions dans le rapport final du projet d'affirmation de soi.

BIBLIOGRAPHIE

Alberti R.E. et M.L. Emmons (1984). Your perfect right: A guide to assertive living (Votre droit absolu: Guide d'affirmation de soi) (5e édition). San Luis Obispo (Californie), Impact Publishers.

Brown M., L. Diller, W.A. Gordon, W.E. Fordyce & D.F. Jacobs (1984). Rehabilitation indicators and program evaluation (Indicateurs et évaluations de programmes de réadaptation). Rehabilitation Psychology, 29, 21-36.

Diller L., W. Fordyce, D. Jacobs, M. Brown, W. Gordon, S. Simmens, J. Orazem & L. Barrett (1983). Final Report: Rehabilitation Indicators Project (Rapport final: Projet sur les indicateurs de réadaptation. Washington (D.C.), National Institute of Handicapped Research.

Dunn L.M. & Jr. Markwardt (1970). Peabody Individual Achievement Test (Test de rendement individuel Peabody). Circle Pines (Minnesota), American Guidance Service.

Dunn M. & S.M. Herman (sous presse). Assertiveness and social skills training in physical disability (Cours d'affirmation de soi et de sociabilité dans les cas de handicap physique). En D.M. Doleys, R.L. Meridity & R. Ciminero (Editeurs), Behavioral psychology in medicine: Assessment and treatment strategies (Psychologie comportemental en médecine: stratégies d'évaluation et de traitement). New York, Plenum.

Dunn M., E. van Horn & S.H. Herman (1981). Social skills and spinal cord injury: A comparison of three training procedures (Sociabilité et lésion de la moelle épinière: une comparaison de trois types de cours). Behaviour Therapy, 12, 153-164.

Eisler R.M., M. Hersen & P.M. Miller (1973). Effects of modeling on components of assertive behavior (Effets de l'imitation sur les composantes du comportement d'affirmation de soi). Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 4, 1-6.

Galassi M.D. & J.P. Galassi (1978). Assertion: A critical review (Affirmation de soi: une étude critique). Psychotherapy: Research and Practice, 15, 16-29.

Glueckauf R.L. & A.L. Quittner (1984). Approches de réadaptation pour le jeune adulte handicapé physique. In M.G. Eisenberg, L. Sutkin, & M. Jansen (Editeurs), Chronic illness and disability through the lifespan: Effects on self and family (Maladie et handicap chronique pendant la vie: effets personnels et familiaux). (pp. 167-183). New York, Springer.

Gordon W. (août 1982). Adaptation psychologique et caractéristiques dans des cas récents de lésion de la moelle épinière. Final report (Rapport final), subvention n° 13-P-59127. Washington (D.C.). National Institute of Handicapped Research.

Kleck R. (1968). Self-disclosure patterns of the nonobviously stigmatized. Psychological Reports (Rapports psychologiques), 23, 1239-1248.

Kleck R., H. Ono & A.H. Hastorf (1966). The effects of physical deviance upon face-to-face interaction (Les effets de la déviance physique sur une interaction face à face). Human Relations, 19, 425-436.

Lazarus A.A. (1976). Multi-modal behavior therapy (Thérapie comportementale et multi-modale). New York, Springer.

Linkowski D.C. (1971). A scale to measure acceptance of disability (Une échelle de mesure de l'acceptation du handicap). Rehabilitation Counseling Bulletin, 14, 236-244.

Mishel M.H. (1978). Assertion training with handicapped persons (Cours d'affirmation de soi avec des personnes handicapées). Journal of Counseling Psychology, 24, 238-241.

Morgan B. & P. Leung (1980). Effects of assertion training on acceptance of disability by physically disabled university students (Effets de cours d'affirmation de soi sur l'acceptation du handicap par des étudiants handicapés physiques). Journal of Counseling Psychology, 27, 209-212.

Rathus S.A. (1973). A thirty item schedule for assessing behavior (Un plan de treize items pour évaluer le comportement). Behavior Therapy, 4, 398-406.

Rock D.L. (1981). The confounding of two self-report assertion measures with the tendency to give socially desirable responses in self-description (La confusion de deux mesures d'affirmation de soi avec la tendance à donner les réponses attendues par autrui dans une présentation personnelle). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 743-744.

Schlenker B.R. (1980). Impression management: The self-concept, social identity, and interpersonal relations (Impressions: la conception de soi, l'identité sociale et les relations interpersonelles). Monterey (Californie), Brooks/Cole.

Wechsler D. (1945). A standardized memory scale for clinical use (Une échelle de mémoire normalisée pour l'utilisation clinique. Journal of Psychology, 19, 87-95.

NOTES

[1] Le projet de cours d'affirmation de soi pour des handicapés en fauteuil roulant s'est déroulé en deux endroits sur une période de trois ans. La phase initiale (18 mois), du projet a été effectuée au Centre royal régional de réadaptation d'Ottawa à Ottawa (Ontario); la seconde moitié (18 mois) a été effectuée à l'hôpital universitaire de London (Ontario). Les résultats de l'enquête d'Ottawa sont présentées dans ce rapport.

[2] Le BAT-R est un test avec psychodrame-vidéo comptant 16 sketches exécutés par le participant handicapé et un assistant de recherche non handicapé. La moitié des sketches avait pour but d'évaluer les aptitudes d'affirmation de soi en général (par exemple, demander le remboursement d'un prêt déjà dû); les huit autres scènes mesuraient les aptitudes à se tirer d'affaire dans des situations difficiles faisant ressortir le handicap (par exemple, tomber du fauteuil roulant). Les résultats aux tests du psychodrame d'Ottawa n'étaient pas complètement analysés au moment de la rédaction de ce rapport.

[3] Les sujets étaient inscrits dans la catégorie "employé" s'il répondait au moins à l'un des trois critères: a) un emploi rémunéré pendant 16 heures par semaine ou plus, b) emploi non rémunéré (travail bénévol) pendant 16 heures par semaine ou plus, c) étudiant travaillant à temps partiel ou à temps plein dans un programme pré-professionnel ou d'études. Les personnes qui ne répondaient pas à ces critères ont été classées dans la catégorie "chômeur".

CONSÉQUENCES DES TRAUMATISMES CRÂNIENS FERMÉS SUR LE PLAN PROFESSIONNEL ÉTUDIÉES DANS UN ÉCHANTILLON DE SUJETS CANADIENS

Pamela S. Klonoff
Institut neurologique Barrow
Phoenix (Arizona)

William G. Snow
Centre médical Sunnybrook
Toronto (Ontario)

RÉSUMÉ

Nous présentons ici les données relatives à 78 sujets canadiens ayant éprouvé un traumatisme crânien fermé, évalués au Centre médical Sunnybrook 2 à 4 ans après le choc. Le suivi a montré que 78,3 % des participants (y compris les étudiants) avaient un emploi au moment de l'évaluation (contre 94,9 % avant le traumatisme). En dépit du pourcentage élevé d'emplois après le traumatisme, un sous-groupe important de sujets ont signalé des changements qualificatifs durables dans l'exécution de leur travail, mesurés sur la sous-échelle de travail du Sickness Impact Profile (SIP). Une analyse détaillée a montré que la difficulté la plus courante chez les sujets ayant un emploi était une plus grande irritabilité vis-à-vis des collègues (19,7 %) et une baisse de productivité (9,8 %). En fonction de la gravité du traumatisme crânien mesurée par les résultats initiaux à l'échelle du coma de Glasgow (GCS), le pourcentage de reprise du travail pour les malades gravement atteints (23 sujets), les malades moins gravement ateints (8 sujets) et ceux présentant un cas léger (47 sujets) était respectivement de 52,2 %, de 75 % et de 93,6 %. De plus, nous avons relevé un nombre beaucoup plus grand de plaintes subjectives sur l'échelle du SIP de la part des sujets gravement atteints que de la part des deux autres groupes. Ces données indiquent un succès professionnel plus restreint pour les sujets gravement atteints, ce qui montre la nécessité d'une réadaptation professionnelle avant que ces personnes ne reviennent sur le marché du travail.

CONSÉQUENCES DES TRAUMATISMES CRÂNIENS FERMÉS SUR LE PLAN PROFESSIONNEL ÉTUDIÉES DANS UN ÉCHANTILLON DE SUJETS CANADIENS

Les dernières décennies ont permis une meilleure description des séquelles neurologiques (Ommaya & Gennarelli, 1974), psychologiques (Levin, Benton & Grossman, 1982; Newcombe, 1982), affectives (Levin & Grossman, 1978; Lishman, 1978) et psychosociales (Bond, 1975; Oddy, Humphrey & Uttley, 1978) des traumatismes crâniens.

Les types d'emplois après ces traumatismes constituent un des aspects particulièrement importants de leurs conséquences psychosociales. À ce jour, le pourcentage de reprise du travail pour les sujets gravement atteints fluctue entre 40 et 75 % (Bruckner & Randle, 1972; Gilchrist & Wilkinson, 1979; London, 1967; Maciver, Lassman & Thompson, 1958; Weddell, Oddy & Jenkins, 1980). La gravité du traumatisme est un élément dont l'influence semble importante lorsqu'on considère les conséquences au niveau professionnel. Les recherches ci-dessus portant sur ces conséquences se sont limitées aux sujets ayant subi un traumatisme grave. De plus, on a remarqué un pourcentage de reprise du travail bien inférieur chez les victimes de traumatisme grave, fermé ou non, lorsque celui-ci était accompagné d'une fracture du crâne, d'une perte de connaissance pendant plus de 6 heures, d'une hémorragie intracrânienne, ou de neurochirurgie (Brennan, 1981), ou dans les cas de lésions cérébrales graves et permanentes plus profondes (déterminées par la gravité du traumatisme) et de coma prolongé (Dreser et al., 1973; Gilchrist & Wilkinson, 1979).

Il existe un lien direct entre les pertes neuropsychologiques graves et le pourcentage de reprise du travail, y compris pour les victimes de traumatisme crânien, dans des populations diverses. (Barth et al., 1983; Heaton, Chelune & Lehman, 1978; Heaton & Pendleton, 1981; Weddell et al., 1980).

Les études ci-dessus n'ont pas été faites avec des sujets canadiens. L'analyse actuelle s'est donc efforcée d'évaluer les conséquences des traumatismes crâniens sur le plan professionnel chez 78 Canadiens. Nous donnerons le pourcentage de sujets qui avaient un emploi et le poste qu'ils occupaient avant le traumatisme, de façon à pouvoir évaluer les données relatives aux conditions de travail après le traumatisme. Nous incluerons également les rapports personnels et subjectifs de ces sujets sur les changements qualitatifs dans le milieu de travail. Nous examinerons enfin l'importance de la gravité du

traumatisme par rapport aux conséquences sur le plan professionnel.

Méthode

A. Les sujets

La présente étude porte sur 78 sujets chez qui on a diagnostiqué un traumatisme crânien et qui ont été admis au Centre médical Sunnybrook de Toronto deux à quatre ans auparavant. Nous avons sélectionné des sujets dont la maladie portait les codes 800, 801 et 850 à 854 inclusivement dans la Classification internationale des maladies (9ème révision), et qui avaient entre 17 à 40 ans au moment du traumatisme. Nous avons donc exclus toute personne qui, antérieurement, avait eu un traumatisme avec perte de conscience, séjourné dans un établissement psychiatrique ou eu des problèmes d'alcoolisme.

Tous les sujets avaient volontairement accepté de participer à une étude sur la qualité de leur vie et sur leur fonctionnement neuropsychologique. Ce rapport ne présente brièvement que certains aspects des données relatives aux conséquences d'un traumatisme crânien sur le plan professionnel. D'autres données portant sur la qualité de la vie ou le fonctionnement neuropsychologique des traumatisés ont fait l'objet d'un autre exposé (Klonoff, 1984).

Les données portant sur les circonstances précédant le traumatisme étaient conformes à celles d'autres études récentes (Annegers, Grabow, Kurland & Laws, 1980; Rimel, Giordani, Barth, Boll & Jane, 1981; Rimel, Giordani, Barth & Jane, 1982): les participants étaient surtout des hommes (82,1 %), jeunes (60,2 %, entre 17 et 25 ans) et célibataires (62,8 %). La plupart n'avaient pas terminé l'école secondaire (64,1 %).

L'étude des données sur les traumatismes montre que les traumatismes crâniens fermés étaient le plus souvent le résultat d'accidents de la route (62,9 %). Les sports ét les chutes en causaient encore respectivement 17,9 % et 15,4 %. Dans l'échantillon étudié, 48,7 % furent hospitalisés comme polytraumatisés et 74,4 % avaient reçu des blessures à d'autres parties du corps, bien que certains d'entre eux n'aient pas été admis au service de traumatologie.

La gravité du traumatisme crânien a été déterminée par les résultats initiaux au GCS (Teasdale & Jennett, 1974) au moment de l'hospitalisation. La gravité variait entre les traumatismes légers (60,3 % avec des résultats entre 1 et 14), moyennement graves (10,2 % avec des

résultats entre 8 et 10) et graves (29,5 % avec des résultats inférieurs à 7). En fonction de ces résultats, les malades furent répartis en trois groupes selon qu'ils avaient subi un traumatisme crânien léger (47), moyennement grave (8) ou grave (23).

B. La méthode

Les malades sélectionnés furent interviewés et remplirent plusieurs questionnaires portant sur la qualité de leur vie, notamment le Sickness Impact Profile (SIP) (Bergner, Bobbitt, Pollard, Martin & Gilson, 1976). Le SIP est un questionnaire individuel, qui porte sur les problèmes relatifs à la santé du malade et sur les nombreux aspects de la qualité de sa vie. Il comprend 12 catégories d'activités, y compris le travail. Les sujets doivent lire les questions puis y répondre par l'affirmative si elles s'appliquent à leur cas, suite à leur traumatisme. L'entrevue permit d'obtenir d'autres données sur la situation professionnelle avant et après le traumatisme.

Résultats

Le tableau 1 présente les changements de pourcentages chez les sujets employés avant et après le traumatisme.

On remarque que 94,9 % des sujets de l'échantillon étaient employés avant leur traumatisme (y compris les étudiants et la femme de ménage) et que ce pourcentage tombe à 78,3 % après le traumatisme; 13,2 % des sujets ont arrêté de travailler pendant une période relativement brève (de 0 à 13 jours) contre 52,7 % qui se sont absentés pendant une période beaucoup plus longue (de 0,05 à 3 ans). Les pourcentages intermédiaires sont les suivants: 11,9 % pendant 0,4 à 0,9 an; 9,1 % pendant 1 à 1,8 an et 13,1 % pendant 2 à 3,3 ans. Comme on le voit, une proportion importante de sujets (22,2 %) ont, après leur traumatisme, arrêté de travailler longtemps (de 1 à 3,3 ans).

Le tableau 2 présente les catégories professionnelles les plus fréquentes avant et après le traumatisme. Nous remarquons que les étudiants forment le groupe le plus important de sujets ayant un emploi pendant la période de deux ans précédant le traumatisme (21,8 %). D'autre part, 52,6 % des sujets représentent les cinq premières catégories d'Hollingshead (1975): domestiques, ouvriers non qualifiés, conducteurs de machine-ouvriers

TABLEAU 1

Analyse des situations professionnelles chez 78 sujets

Situation professionnelle	Au moment du traumatisme (en %)	Au moment de l'évaluation (en %)
Travaille	80,8%	61,5%
Ne travaille pas	5,1	17,9
Étudie	12,8	10,3
Étudie et travaille à temps partiel	0,0	2,6
Travaille à temps plein et étudie à temps paartiel	0,0	2,6
Femme de ménage	1,3	1,3
Réadaptation	0,0	3,8

spécialisés, ouvriers qualifiés, employés de bureau et vendeurs.

Si nous comparons les emplois le plus fréquemment exercés avant et après le traumatisme, nous observons certaines différences dans la répartition des sujets. Nous remarquons que la meilleure situation pour 9 % d'entre eux après le traumatisme était le chômage. Nous observons également une réduction des postes peu spécialisés après le traumatisme, y compris moins d'ouvriers non qualifiés (12,8 % avant contre 7,7 % après), moins d'ouvriers qualifiés et de propriétaires de petites entreprises (16,7 % avant contre 11,5 % après) et moins d'employés de bureau et de vendeurs, de grandes fermes et de propriétaires d'entreprises (6,4 % avant contre 5,1 % après). On remarque cependant une légère augmentation du nombre de techniciens, de cadres moyens et de propriétaires de grandes entreprises après le traumatisme (6,4 % avant contre 11,5 % après).

TABLEAU 2

Catégories professionnelles les plus fréquentes d'après Hollingshead*

Catégorie professionnelle	Dans les 2 ans avant le traumatisme (en %)	Après le traumatisme (en %)
Domestiques	2,6	2,6
Ouvriers non qualifiés	12,8	7,7
Conducteurs de machine - ouvriers spécialisés	14,1	14,1
Ouvriers qualifiés	16,7	11,5
Employés de bureau et vendeurs	6,4	5,1
Techniciens et cadres moyens	6,4	11,5
Petits cadres	11,5	11,5
Administrateurs	5,1	5,1
Cadres supérieurs	1,3	1,3
Étudiants	21,8	15,4
Femme de ménage	1,3	1,3
Ateliers protégés et réadaptation	0,0	3,8
Chômeurs	0,0	9,0

* Les 9 premières catégories sont tirées de l'échelle de Hollingshead (1975).

Le tableau 3 présente l'analyse des éléments de la sous-échelle de travail du SIP pour l'échantillon total. Les fréquences relatives pour les questions 2 à 9 représentent la proportion des malades ayant un emploi (61) qui y ont répondu par l'affirmative à chacun des éléments. Il faut remarquer que les éléments auxquels il a été le plus souvent répondu positivement sont le 4: "Je me montre souvent irascible avec mes collègues, par exemple, je leur réponds de façon brusque et cinglante, je les critique facilement" (19,7 %) et le 3: "Je ne fais pas autant de travail qu'avant" (9,8 %).

Une analyse de la variance de la sous-échelle de travail du SIP donne une valeur de F importante ($dl = 2$, $p < 0,0005$). Lorsque nous avons appliqué le test de Duncan, la gravité du traumatisme étant la variable de groupe, les moyennes des groupes de 31,76 (grave), de

TABLEAU 3

Analyse des éléments de la sous-échelle de travail du SIP

		Fréquence relative (en %)
1.	Je ne travaille pas du tout	21,7
2.	Je fais une partie de mon travail chez moi	1,6
3.	Je ne fais pas autant de travail qu'avant	9,8
4.	Je me montre souvent irascible avec mes collègues, par exemple, je leur réponds de façon brutale et cinglante, je les critique facilement	19,7
5.	Mes journées de travail sont plus courtes	4,9
6.	Je ne fais que du travail peu fatigant	0,0
7.	Je ne travaille que pendant de courtes périodes ou je me repose souvent	1,6
8.	Je fais mon travail habituel, mais avec quelques changements, par exemple, en utilisant des outils différents ou des appareils particuliers, en échangeant certaines tâches avec d'autres ouvriers	6,6
9.	Je ne fais pas mon travail avec autant de soins et d'attention qu'avant	4,9

8,80 (moyennement grave) et de 8,45 (léger) montraient que les deux groupes de traumatisés légers et moyennement graves ne différaient pas de façon significative l'un de l'autre, mais que celui des traumatisés graves différait beaucoup des deux autres.

La sous-échelle de travail du SIP fut notée selon la méthode des premiers auteurs (Bergner et al., 1976): on attribue à chaque élément une valeur pondérée et on la divise par le résultat total à la sous-échelle. Les résultats montrent que les sujets atteints d'un traumatisme crânien grave (groupe 1 ayant obtenu moins de 7 au GCS) répondaient par l'affirmative à un plus grand nombre d'éléments que les sujets des deux autres groupes, moins gravement traumatisés. Une moyenne de 31,76 à la sous-échelle indique un degré de difficultés de troubles fonctionnels au travail, en particulier lors de la phase

chronique de rétablissement. De plus, le pourcentage de reprise du travail diminue selon la gravité du traumatisme. Dans les cas les plus graves, ce pourcentage est de 52,2 %; il est de 75 % pour les cas moyennement graves et de 93,6 % dans les cas de traumatisme léger.

Discussion

Cette étude montre que 94,9 % des sujets de l'échantillon avaient un emploi avant leur accident, alors que 78,3 % en ont un, deux à quatre ans après. Bien que la majorité d'entre eux soient retournés au travail, la plupart ont éprouvé quelques difficultés en raison de leur absence, au moins pendant la période critique suivant le traumatisme. Pour les cas où la période de convalescence précédant le retour au travail était très longue, les conclusions étaient semblables à celles de Weddell et al. (1980) où les sujets n'avaient pas travaillé pendant 6 à 18 mois après un traumatisme grave. Cependant, comme un grand nombre des sujets étudiés dans cette étude présentaient un traumatisme léger, les conclusions actuelles semblent indiquer que même ceux-ci risquent par la suite de rencontrer des difficultés sur le plan professionnel.

Bien que la majorité des sujets aient repris le travail, une analyse des aspects qualitatifs du rendement à partir du questionnaire rempli par le malade sur la sous-échelle de travail du SIP, montre qu'un pourcentage moyen de sujets dans l'échantillon global ont indiqué des difficultés pour ce qui est des relations avec leurs collègues (par exemple, une plus grande irascibilité - 19,7 %) de même qu'un rendement diminué (9,8 %). Ces données semblent indiquer qu'en dépit du retour au travail, il peut se produire des changements durables au niveau des aspects qualitatifs du comportement dans le milieu professionnel. Ces difficultés peuvent avoir une influence négative sur les relations entre les personnes et sur le rendement, même deux à quatre ans après le traumatisme.

Nous avons également remarqué un changement dans la répartition des emplois après le traumatisme, avec une diminution de postes peu spécialisés. Cela peut être dû au fait que 9 % des sujets n'avaient pas repris le travail après leur traumatisme et que 3,8 % participaient à des programmes de réadaptation. D'autre part, l'exécution de travaux manuels peut s'avérer plus difficile en raison des limites physiques imposées par un traumatisme grave. La légère augmentation du pourcentage de techniciens, cadres moyens et propriétaires de grandes

entreprises indique peut-être une intégration des étudiants sur le marché du travail.

Outre les conclusions ci-dessus, nous avons remarqué que la gravité du traumatisme crânien modifiait le pourcentage de retour au travail et, en fin de compte, le rendement professionnel. Ce pourcentage diminuait selon la gravité des cas et 52,2 % seulement des sujets étaient employés deux à quatre ans après un traumatisme grave. Ces conclusions se révèlent moins positives que celles d'autres recherches selon lesquelles de 65 à 75 % environ des sujets de l'échantillon ayant eu un traumatisme grave reprenaient le travail, d'une façon ou d'une autre (London, 1967; Marciver et al., 1958). Les sujets ayant subi les traumatismes les plus graves (c'est-à-dire ceux dont les résultats au GCS étaient inférieurs à 7) répondirent aussi plus souvent par l'affirmative aux éléments relatifs aux difficultés professionnelles du questionnaire individuel du SIP. Cela semble indiquer un lien entre les traumatismes graves et une réussite professionnelle médiocre. Un résultat à la sous-échelle moyenne de 31,76 pour le groupe des sujets gravement traumatisés semble indiquer des difficultés assez graves au niveau professionnel, surtout si l'on replace ces conclusions dans le contexte d'un suivi à long terme.

Les résultats de la présente étude, en montrant que deux à quatre ans après un traumatisme grave, la moitié des sujets étaient sans emploi, soulignent les conséquences à long terme considérables de ces traumatismes au niveau du comportement psychosocial. De plus, ils semblent indiquer que les efforts de réadaptation devraient, au Canada, se porter vers la reprise du travail en vue d'aider les sujets à réintégrer un milieu professionnel. Une telle intervention pourrait entraîner un recyclage des patients vers des emplois moins astreignants, en raison de leurs déficiences physiques ou cognitives. Le retour au travail pourrait permettre à ces sujets d'être plus productifs et plus indépendants. Nous espérons que dans l'avenir, les résultats de cette étude seront intégrés aux objectifs de la réadaptation au Canada.

BIBLIOGRAPHIE

Annegers J.F., J.D. Grabow, L.T. Kurland & E.R. Laws (1980). The incidence, causes, and secular trends of head trauma in Olmsted County, Minnesota, 1935-1974 (Incidence, causes et conséquences à long terme des traumatismes crâniens dans le Comté Olmsted (Minnesota), 1935-1974). Neurology, 30, 912-919.

Barth J.T., S.T. Macciocchi, B. Giordani, R. Rimel, J.A. Jane & T.J. Boll (1983). Neuropsychological sequelae of minor head injury (Séquelles neuropsychologiques des traumatismes crâniens légers). Neurosurgery, 13, 529-533.

Bergner M., R.A. Bobbitt, W.E. Pollard, D.P. Martin & B.S. Gilson (1976). The Sickness Impact Profile: Validation of a health measure (Les conséquences de la maladie: validation d'une mesure de l'état de santé). Medical Care, 14, 57-67.

Bond M.R. (1975). Assessment of the psychosocial outcome after severe head injury (Évaluation des conséquences psychosociales des traumatismes crâniens graves). CIBA Foundation Symposium, 34, 141-157.

Brennan M.A. (1981). Resumption of work following discharge from hospital. (Reprise du travail après une hospitalisation). Irish Medical Journal, 74, 5-7.

Bruckner F.E. & A.P.H. Randle (1972). Return to work after severe head injuries (Reprise du travail après un traumatisme crânien grave). Rheumatic and Physical Medicine, 11, 344-348.

Dresser A.C., A.M. Meirowsky, G.H. Weiss, M.L. McNeel, G.A. Simon & W.F. Caveness (1973). Gainful employment following head injury (Emploi rémunéré après un traumatisme crânien). Archives de neurologie, 29, 111-116.

Gilchrist E. & M. Wilkinson (1979). Some factors determining prognosis in young people with severe head injuries (Quelques facteurs déterminants dans le pronostic de traumatisme crânien grave chez les jeunes). Archives de neurologie, 36, 355-359.

Heaton R.K., G.J. Chelune & R.A.W. Lehman (1978). Using neuropsychological and personality tests to assess the likelihood of patient employment (Utilisation des tests neuropsychologiques et de personnalité pour déterminer les probabilités d'emploi chez les malades). The Journal of Nervous and Mental Disease, 166, 408-416.

Heaton R.K. & M.G. Pendleton (1981). Use of neuropsychological tests to predict adult patients' everyday functioning (Utilisation des tests neuropsychologiques pour prévoir le comportement quotidien de malades adultes). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 807-821.

Hollingshead A.G. (1975). Four factor index of social status (Indice de quatre facteurs de la position sociale). Département de sociologie, Université Yale, New Haven (Connecticut).

Klonoff P.S. (1984). Quality of life in patients with closed head injury: A comparison of patients with and without frontal lobe damage (La qualité de la vie chez les victimes de traumatisme crânien grave: comparaison entre des sujets ayant eu des lésions du lobe frontal et des sujets n'en ayant pas eu). Thèse de doctorat non publiée. Université de Victoria, Victoria.

Levin H.S., A.L. Benton & R.G. Grossman (1982). Neurobehavioral consequences of closed head injury (Conséquences des traumatismes crâniens fermés sur le comportement neurologique). New York: Oxford University Press.

Levin H.S. & R.G. Grossman (1978). Behavioral sequelae of closed head injury (Séquelles comportementales des traumatismes crâniens fermés). Archives de neurologie, 35, 720-727.

Lishman W.A. (1978). Organic psychiatry. The psychological consequences of cerebral disorder (Psychiatrie organique. Conséquences psychologiques des troubles cérébraux). New York: Blackwell Scientific Pub.

London P.S. (1967). Some observations on the course of events after severe head injury of the head. (Quelques observations sur les activités courantes après un traumatisme crânien). Annals of the Royal College of Surgery, 41, 460-479.

Maciver I.N., L.P. Lassman & C.W. Thompson (1958). Treatment of severe head injuries (Traitement des traumatismes crâniens graves). Lancet, 2, 544-550.

Newcombe F. (1982). The psychological consequences of closed head injury: Assessment and rehabilitation (Conséquences psychologiques des traumatismes crâniens fermés: évaluation et réadaptation). Injury, 14, 111-136.

Oddy M., M. Humphrey & D. Uttley (1978). Subjective impairment and social recovery after closed head injury (Déficience subjective et rétablissement social après un traumatisme crânien fermé). Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 41, 611-616.

Ommaya A.K. & T.A. Gennarelli (1974). Cerebral concussion and traumatic unconsciousness - correlations of experimental and clinical observations on blunt head injuries (Commotion cérébrale et perte de connaissance à la suite d'un traumatisme - corrélations des observations expérimentales et cliniques de traumatismes crâniens ouverts. Brain, 97, 633-543.

Rimel R.W., B. Giordani, J.T. Barth, T.J. Boll & J.A. Jane (1981). Disability caused by minor head injury (Handicap dû à un traumatisme crânien léger). Neurosurgery, 9, 221-228.

Rimel R.W., B. Giordani, J.T. Barth & J.A. Jane (1982). Moderate head injury: Completing the clinical spectrum of brain trauma (Traumatisme crânien de gravité moyenne: tour complet des aspects cliniques du traumatisme crérébral). Neurosurgery, 11, 344-351.

Teasdale G. & B. Jennett (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale (Évaluation du coma et des perturbations de la connaissance: une échelle pratique). Lancet, 2, 81-84.

Weddell R., M. Oddy & D. Jenkins (1980). Social adjustment after rehabilitation: A two year follow-up of patients with severe head injury (Adaptation sociale après une réadaptation: suivi de deux ans pour des malades victimes de traumatismes crâniens graves). Psychological Medicine, 10, 257, 263.

ANALYSE DES VALEURS ET DE L'IMPORTANCE DES ACTIVITÉS DANS UNE PROFESSION PARAMÉDICALE

H.M. Madill, Ph.D., OT(C) Maître de conférences
Département d'ergothérapie
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

L.L. Stewin, Ph.D.
Professeur
Département de psychologie
de l'éducation
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

E.S.G. Brintnell, M.Sc., OT(C)
Maître de conférences
Département d'ergothérapie
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

G.W. Fitzsimmons, Ph.D.
Professeur
Département de psychologie
de l'éducation
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

D. Macnab, Ph.D.
PsiCan Consulting Ltd.
Edmonton, Alberta

RÉSUMÉ

Nous avons entrepris à l'échelle nationale une étude sur les ergothérapeutes (N = 1 400) qui servirait de base pour étudier selon quel schéma se déroule la carrière de ce groupe professionnel. L'analyse des données à partir de l'Inventaire des activités de la vie indique que les répondants de sexe féminin (N = 1 366) adhèrent fortement et régulièrement aux mêmes valeurs quels que soient l'âge ou le niveau du poste (épanouissement personnel, utilisation des compétences, relations sociales, altruisme, autonomie et accomplissement). Nous avons relevé certaines différences liées au niveau d'études. L'importance accordée au travail est élevée dans tout l'échantillon, mais le plus important pour la majorité des répondantes est le rôle familial et domestique. Nous

comparons ces données à celles d'un échantillon canadien de répondantes dont les emplois se situent dans d'autres catégories de professions libérales ou de postes de direction (N = 1 000).

Ces études ont reçu le financement et l'appui de la Commission Emploi et Immigration Canada (Services de l'emploi) et de l'Université de l'Alberta

ANALYSE DES VALEURS ET DE L'IMPORTANCE DES ACTIVITÉS DANS UNE PROFESSION PARAMÉDICALE

Les statistiques fédérales et provinciales révèlent régulièrement la pénurie de personnel dans les professions paramédicales au Canada. Les problèmes entourant la planification de la main-d'oeuvre dans le secteur médical, en particulier dans le secteur hospitalier, ont été analysés lors d'un "séminaire animé par les participants eux-mêmes" parrainé par Emploi et Immigration Canada (25-26 février 1985 à Ottawa). Le besoin d'ergothérapeutes a été considéré comme une question très importante.

Nous rapporterons les résultats de deux études sur le déroulement de la carrière d'ergothérapeute, en donnant une perspective provinciale et nationale. Dans la seconde étude, une comparaison entre les ergothérapeutes féminins et les femmes travaillant dans des professions libérales ou à des postes de direction en dehors des professions paramédicales (qui ne sont pas ergothérapeutes) offrent un contraste intéressant pour ce qui est des priorités et des valeurs. La pénurie chronique de main-d'oeuvre en ergothérapie n'est pas seulement le résultat du sous-rendement des programmes universitaires, mais est sans doute partiellement due aux interruptions de carrière dans ce groupe professionnel où les femmes sont en majorité.

Dans l'étude provinciale (qu'on appellera ultérieurement étude de l'Alberta) sur le déroulement de la carrière, l'échantillon était composé de deux groupes: des thérapeutes employées à des postes de direction et des thérapeutes travaillant dans un milieu non traditionnel (écoles, centres communautaires, cabinets privés (N = 75)) ainsi que des thérapeutes n'exercant plus leur métier ou pas actuellement (N = 34). L'intérêt se trouvait ici aux deux extrémités de l'éventail représenté d'un côté par les thérapeutes qui avaient pu avoir une promotion, et de l'autre par celles qui avaient choisi de s'arrêter de travailler.

À partir de l'étude du schéma de la carrière portant sur deux groupes d'ergothérapeutes en Alberta (N = 119)

(Madill, Brintnell, Stewin, Fitzsimmons & Macnab, 1985), l'interruption de carrière décrite par Super (1978) était fréquente, bien qu'il ait été prouvé que ces thérapeutes étaient très engagées vis-à-vis de leur rôle professionnel. Le rôle domestique et familial, qu'elles approuvaient, était une source de concurrence constante pendant ces mêmes années au cours desquelles on est normalement promu dans une carrière professionnelle.

Dans une analyse récente de la littérature sur l'ergothérapie touchant la socialisation professionnelle, Sabari (1985) a remarqué que "la sensibilité interpersonnelle", "l'empathie", "le comportement non directif et non autoritaire" et "l'ouverture d'esprit" sont des "valeurs liées au malade" et sont hautement respectées au sein de la profession. Il est possible qu'en donnant la priorité aux valeurs qui sont si solidement liées au fait de prodiguer des soins, les ergothérapeutes ne planifient pas et ne contrôlent pas le déroulement de leur propre carrière.

Le fait que les échelons de la carrière des ergothérapeutes sont très peu nombreux dans le milieu hospitalier traditionnel complique plus encore les choses. En général, il existe une certaine classification pour distinguer les débutantes de celles qui ne le sont pas (en Alberta on utilise la classe I et la classe II). À partir de là, toute promotion pour devenir clinicienne est extrêmement limitée. Edelwich & Brodsky (1980) ont très bien décrit la situation lorsqu'ils ont déclaré que

> "Pour la plupart des personnes qui choisissent une profession à but social pour travailler directement avec le public (ce qui est le cas de la majorité), il est frustrant d'apprendre que la route la plus sûre - et parfois la seule - vers la promotion ne passe pas par le contact direct avec les clients mais par le travail de direction et d'administration... (qui) suppose de travailler moins avec les personnes et plus avec des dossiers, des budgets et des subordonnés."

Les spécialistes cliniques (en neurologie pour adultes, en orthopédie, en pédiatrie, etc.) en ergothérapie ne sont, pour la plupart, pas vraiment reconnus par leurs semblables. Cette fonction peut également être reconnue officieusement dans le service où travaille la personne mais constitue rarement un niveau professionnel officiel qui se différencierait par le

salaire, l'autorité en matière de politique interne ou le pouvoir de décision.

D'après l'étude de l'Alberta, il était évident qu'afin de progresser dans la carrière d'ergothérapeute, tout en gardant la priorité au côté clinique et non administratif, les personnes doivent chercher des postes en dehors du milieu hospitalier traditionnel. De tels postes existent dans les centres sanitaires communautaires, les programmes de soins à domicile, les écoles, les centres communautaires de santé mentale et les cabinets privés. L'autonomie, la stimulation, la créativité et l'avancement que beaucoup de ces thérapeutes recherchent n'étaient pas possibles dans la hiérarchie médicale traditionnelle.

Lorsque nous avons mesuré les valeurs de ces deux groupes de thérapeutes albertaines avec l'Inventaire des activités de la vie (Fitzsimmons, Macnab & Casserly 1984), l'homogénéité des valeurs adoptées par les répondantes était frappante. L'épanouissement personnel, l'utilisation des compétences, l'accomplissement, la créativité, les relations sociales et l'altruisme étaient toutes importantes pour ces thérapeutes qui les ont approuvées en les cotant entre 3,3 et 3,7 sur une échelle de 4, tandis que la variété, l'activité physique, l'identité culturelle, l'esthétique, le risque et la performance physique étaient de moindre importance, étant cotées entre 1,5 et 2,8. Lorsque nous avons comparé les valeurs adoptées par les thérapeutes employées dans des milieux non traditionnels et dans des postes de direction à celles adoptées par des thérapeutes qui ne travaillaient plus ou pas actuellement, l'Inventaire des activités de la vie (LRI) a permis de faire une distinction entre les deux groupes, à la fois sur l'échelle des valeurs et sur celle de l'importance des activités. Celles qui occupaient des postes de direction ou travaillaient dans des milieux non traditionnels allaient citer, plus souvent que celles qui n'exerçaient plus, la créativité et l'économie comme étant plus importantes. Elles évaluaient également le rôle du travail comme étant sensiblement plus important, tandis que celles qui n'exerçaient plus mettaient le rôle familial et domestique à cette place, le niveau de signification étant dans chaque cas inférieur à 0,001. La question s'est posée de savoir s'il pouvait s'agir d'un phénomène régional, et une étude nationale a été terminée en 1984-1985. Nous disposons maintenant de données provenant de répondantes exerçant des professions libérales, données qui furent recueillies dans le cadre de la normalisation du LRI. Nous avons ainsi une excellente occasion de pouvoir comparer les réponses des

ergothérapeutes avec celles d'autres femmes n'exerçant pas une profession paramédicale. Les résultats obtenus peuvent influencer les méthodes que les ergothérapeutes doivent mettre au point pour orienter leur carrière si elles aspirent à des postes de responsabilité dans le secteur de la réadaptation.

Méthode

Pour participer à l'étude nationale, les thérapeutes devaient résider au Canada, avoir terminé leurs études spécialisées et avoir le droit d'exercer l'ergothérapie dans ce pays. Nous avons dénombré 2 627 participantes remplissant les conditions requises.

Nous avons fait deux envois postaux car nous avions trouvé que, d'après l'étude de l'Alberta, c'était la méthode la plus efficace pour éviter une perte importante des documents (et pour réduire ainsi la dépense occasionnée par un deuxième envoi). Nous avons donc d'abord envoyé une lettre d'invitation à participer comportant un accord de principe. Nous offrions la possibilité de ne pas participer de façon à pouvoir éliminer ces ergothérapeutes de la liste principale pour qu'ils ne reçoivent pas les envois ultérieurs; (216 ergothérapeutes ont indiqué ne pas vouloir participer).

Après avoir reçu les accords de principe, nous avons procédé au second envoi qui contenait trois inventaires ou questionnaires touchant la profession (l'Inventaire des activités de la vie, le questionnaire sur la préférence professionnelle et le questionnaire sur la satisfaction professionnelle du Minnesota). Au total, 1 366 femmes ont rempli ces trois documents. Pour permettre une comparaison, nous disposions des données de l'étude nationale de normalisation du LRI (Fitzsimmons, Macnab & Casserly, 1984A); comme nous avions trouvé que les réponses des hommes et des femmes variaient quant aux valeurs auxquelles ils adhèrent, nous avons retiré les hommes de cette comparaison et avons utilisé toutes les répondantes de la catégorie professions libérales-postes de direction de cet échantillon normatif (N = 1 000).

Les sous-groupes sont très semblables en ce qui concerne l'âge et les revenus. Le membres du sous-groupe des ergothérapeutes comptaient pourtant plus d'années d'études et une plus grande proportion des répondants étaient mariées. Ce groupe comportait également une plus grande proportion d'immigrantes reçues ou de résidentes permanentes et les autochtones y étaient beaucoup moins représentées. Lorsque nous considérons les répondantes par province, il faut noter que 119 ergothérapeutes ont participé à l'étude de l'Alberta ce qui les a exclues de

TABLEAU 1

Données démographiques et personnelles

Nombre et pourcentage des ergothérapeutes (N = 1 366) et des femmes dans les professions libérales et les postes de direction (N = 1 000) dans l'échantillon national

	Femmes prof. lib. - dir.	Ergothérapeutes
Moyenne d'âge	34 ans	35 ans
Médian	32 ans	35 ans
Situation de famille		
Jamais mariée	390 (39 %)	328 (24 %)
Mariée actuellement	450 (45 %)	864 (64 %)
Plus mariée	150 (15 %)	150 (11 %)
Données manquantes	10 (1 %)	14 (1 %)
Revenu		
Moyenne et médian	30 000$ - 39 000$	30 000$ - 39 000$
Nombre d'années d'études		
9-11 ans	40 (4 %)	-
12-13 ans	170 (17 %)	14 (1 %)
14-16 ans	470 (47 %)	560 (41 %)
17 ans et plus	320 (32 %)	792 (58 %)
Moyenne et médian	14-16 ans	17 ans et plus
Immigrante au Canada	140 (14 %)	301 (22 %)
Autochtone	70 (7 %)	14 (1 %)
Province		
Terre-Neuve	10 (1 %)	14 (1 %)
Nouvelle-Écosse	30 (3 %)	41 (3 %)
Île-du-Prince-Édouard	10 (1 %)	14 (1 %)
Nouveau-Brunswick	20 (2 %)	14 (1 %)
Québec	100 (10 %)	301 (22 %)
Ontario	310 (31 %)	533 (39 %)
Manitoba	30 (3 %)	82 (6 %)
Saskatchewan	40 (4 %)	41 (3 %)
Alberta	380 (38 %)	96 (7 %)
Colombie-Britannique	60 (6 %)	230 (17 %)
Territoire du Nord-Ouest	0	2 (0,15 %)
Yukon	0	0

la participation à l'étude nationale. La plus forte proportion de répondantes ergothérapeutes venait du Québec, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, ce qui semble refléter l'image nationale de la main-d'oeuvre.

Les instruments

Nous n'avons considéré pour cet article que les résultats du LRI. Cet Inventaire a été utilisé pour dégager les éléments et les valeurs que les répondantes considérent comme les plus importants, ainsi que pour connaître le degré de participation, l'engagement et la valeur que les répondantes attribuent aux cinq activités principales de la vie. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré comportant deux sections principales: un inventaire des valeurs qui mesure l'importance de valeurs spécifiques, et un inventaire qui mesure l'importance d'activités particulières (Casserly, 1982).

Les coefficients alpha de cohérence interne calculés pour chacune des échelles de valeur vont de 0,72 à 0,86 avec un médian de 0,80. Les coefficients de cohérence interne pour la participation vont de 0,85 à 0,95, pour l'engagement de 0,89 à 0,95, et pour les valeurs des activités de 0,87 à 0,90. Les données de fiabilité ont été rassemblées auprès de 6 382 adultes anglophones et francophones dans tout le Canada pour normaliser le LRI (Fitzsimmons, Macnab & Casserly, 1984B)

Analyse

Pour analyser les données, la principale technique employée a été l'analyse discriminante. Cette technique permet de déterminer une combinaison linéaire de variables qui peuvent être utilisées pour faire la distinction entre les ergothérapeutes et l'échantillon des femmes exerçant des professions libérales ou occupant des postes de direction.

Nous donnerons les centroïdes des groupes (résultat moyen des groupes à la fonction discriminante) et les corrélations des variables canoniques (corrélation de chaque variable individuelle avec la fonction discriminante). La grandeur de la corrélation indique l'importance d'une variable dans la différenciation entre les groupes. Plus la corrélation est grande, plus la variable est importante pour distinguer les deux groupes. Prises ensemble, ces statistiques donnent une mesure de la façon dont on distingue les groupes et de la véritable nature des différences entre les deux groupes.

Résultats

Échelles de Valeur

Le tableau 2 donne les moyennes, les écarts types et les résultats aux tests F univariés pour les 20 variables du LRI (échelle des valeurs) pour les femmes de l'échantillon professions libérales-postes de direction et celles de l'échantillon des ergothérapeutes. La plupart des tests F univariés sont significatifs à $p < 0,01$. Seuls les tests F pour l'épanouissement personnel, la variété et l'identité culturelle ne sont pas significatifs à ce niveau.

Une fonction discriminante importante a été produite par une corrélation canonique de 0,48, ce qui indique qu'il y a des différences importantes entre les deux échantillons. La situation des deux groupes sur la fonction discriminante donne une idée de ce qui sépare les groupes et de l'orientation de cette séparation. Les résultats des centroïdes des groupes de -0,64 pour le groupe professions libérales-postes de direction et de 0,47 pour les ergothérapeutes montrent que la distinction est bien faite par la fonction discriminante.

Sans oublier les centroïdes des groupes, nous pouvons examiner les corrélations des variables canoniques pour voir si l'on peut donner une véritable interprétation des fonctions discriminantes. Le tableau 3 présente ces corrélations pour les 20 variables du LRI.

L'analyse des corrélations canoniques indique que l'avancement, l'économie, l'interaction sociale, le risque, l'accomplissement et la créativité ont les corrélations les plus élevées avec la fonction discriminante. La fonction discriminante est une dimension qui représente les différences les mieux définies par l'interaction sociale et la créativité à l'extrémité positive, et par l'avancement, l'économie, le risque et l'accomplissement à l'extrémité négative. Les valeurs des centroïdes pour l'échantillon professions libérales-postes de direction indiquent que ses membres considèrent l'avancement, l'économie, le risque et l'accomplissement comme étant plus importants que pour les ergothérapeutes. D'autre part, pour l'ergothérapeute, l'interaction sociale et la créativité sont plus importantes que pour les femmes de l'échantillon professions libérales-postes de direction.

TABLEAU 2

Moyennes, écarts types et rapports des tests F univariés pour les femmes de professions libérales et les ergothérapeutes Inventaire des activités de la vie - échelles des valeurs

Valeur	Échantillon des femmes des prof. lib. (N = 1 000) Moyenne	E.T.	Échantillon des ergothérapeutes (N = 1 366) Moyenne	E.T.	F (1,2348)
Utilisation des compétences	3,5	0,4	3,4	0,4	11,58*
Accomplissement	3,5	0,4	3,3	0,4	48,94*
Avancement	3,0	0,6	2,7	0,6	201,70*
Esthétique	2,8	0,7	2,6	0,7	35,52*
Altruisme	3,2	0,6	3,3	0,5	22,48*
Autorité	2,9	0,6	2,8	0,6	15,52*
Autonomie	3,3	0,5	3,3	0,5	9,50**
Créativité	3,0	0,6	3,2	0,6	48,14*
Économie	3,2	0,6	3,0	0,6	74,91*
Style de vie	2,9	0,5	3,0	0,5	14,97*
Épanouissement personnel	3,6	0,3	3,6	0,3	0,97
Activité physique	2,8	0,7	2,8	0,6	7,86**
Prestige	3,2	0,5	3,1	0,6	11,44*
Risque	2,0	0,7	1,8	0,6	53,66*
Interaction sociale	2,8	0,6	2,9	0,5	55,60*
Relations sociales	3,3	0,5	3,4	0,5	28,88*
Variété	2,8	0,6	2,9	0,6	5,76
Condition de travail	2,9	0,6	2,8	0,6	38,54*
Identité culturelle	2,7	0,6	2,6	0,6	5,98
Performance physique	1,5	0,5	1,6	0,6	15,36*

* = $p < 0,001$
** = $p < 0,01$

TABLEAU 3

Fonctions discriminantes canoniques et variables de discrimination par ordre de grandeur décroissante

Avancement	-0,530
Économie	-0,323
Intéraction sociale	0,278
Risque	-0,273
Accomplissement	-0,261
Créativité	0,259
Conditions de travail	-0,231
Esthétique	-0,222
Relations sociales	0,200
Altruisme	0,177
Autorité	-0,147
Performance physique	0,146
Style de vie	0,144
Utilisation des compétences	-0,127
Prestige	-0,126
Autorité	0,115
Activité physique	0,104
Identité culturelle	-0,091
Variété	0,089
Épanouissement personnel	-0,036

Fonctions discriminantes: Centroïdes des groupes	
Ergothérapeutes	0,47
Femmes dans des professions libérales	-0,64

Échelles d'importance

Le tableau 4 montre les moyennes, les écarts types et les tests F univariés pour la participation, l'engagement et les valeurs des activités pour chacune des activités suivantes: études, travail, service communautaire, maison et famille et loisirs. Les tests F univariés pour la participation (études), l'engagement (études), engagement (travail), la valeur des activités (études), la valeur des activités (travail), sont tous significatifs au niveau 0,001.

Une fonction discriminante importante a été produite avec une corrélation canonique de 0,29. Les résultats des centroïdes des groupes étaient de 0,35 pour l'échantillon féminin professions libérales-postes de direction et de -0,26 pour l'échantillon des ergothérapeutes. En gardant ces chiffres à l'esprit et en considérant les corrélations canoniques du tableau 5, nous pouvons établir la véritable nature de la fonction

discriminante et des différences entre les deux groupes. L'analyse des corrélations des variables canoniques indique que la variable la plus importante pour établir une distinction entre les deux groupes est l'engagement (travail). Les trois mesures du rôle des études sont également importantes quant aux valeurs des activités (travail). Les valeurs des centroïdes de l'échantillon professions libérales-postes de direction indiquent que pour les femmes de ce groupe les cinq variables ci-dessus mentionnées sont plus importantes que pour les ergothérapeutes.

Analyse

La similitude est frappante entre les données rassemblées par le LRI dans les études nationale et provinciale sur les ergothérapeutes. Il est probable que cette profonde adhésion à des valeurs orientées vers le malade se retrouve également chez les femmes exerçant d'autres professions paramédicales. Pourtant, les autres femmes de la catégorie professions libérales-postes de direction de l'échantillon normatif tiré du LRI adhèrent à des valeurs très différentes.

Les différences entre les deux groupes quant aux valeurs sont le mieux définies par l'avancement, l'économie, le risque, l'accomplissement et les conditions de travail, qui sont plus importantes pour les femmes des professions libérales tandis que les ergothérapeutes souscrivent beaucoup plus aux valeurs que sont l'interaction sociale et la créativité.

Nous ne pouvons pas dire que les valeurs auxquelles souscrivent les personnes n'appartenant pas au sous-groupe des ergothérapeutes ne sont pas importantes pour ces dernières, mais il est très évident qu'elles sont pour elles de moindre importance et, partant, seront probablement beaucoup moins considérées par les ergothérapeutes lorsqu'elles envisagent leur carrière. Le niveau d'engagement et l'approbation du rôle des échelles de valeur par celles qui ne sont pas ergothérapeutes indiquent qu'elles vont vraisemblablement accorder une priorité plus grande aux questions liées à la carrière, c'est-à-dire les études et le travail.

D'autre part, les questions domestiques et familiales semblaient avoir une plus grande priorité pour le sous-groupe des ergothérapeutes; c'est aussi le groupe avec la plus forte proportion de gens mariés. Parmi celles qui ont répondu chez les ergothérapeutes, 164 (soit 12 %) ont indiqué qu'elles n'exerçaient plus leur métier ou avaient quitté la profession au moment de l'enquête, ce qui pourrait constituer une preuve

TABLEAU 4

Moyennes, écarts types et rapports des tests F univariés pour les femmes de professions libérales et les ergothérapeutes
Inventaire des activités de la vie - échelles d'importance

Valeur	Échantillon des ergothérapeutes (N = 1 366) Moyenne	E.T.	Échantillon des femmes des prof. lib. (N = 1 000) Moyenne	E.T.	F (1,2323)
PARTICIPATION					
Études	2,5	0,7	2,6	0,8	29,61*
Travail	3,0	0,6	3,0	0,6	2,44
Service communautaire	1,9	0,7	1,9	0,8	0,55
Maison et famille	2,7	0,7	2,8	0,7	1,96
Activités de loisirs	2,7	0,6	2,7	0,7	1,02
ENGAGEMENT					
Études	2,7	0,7	2,8	0,8	25,66*
Travail	3,3	0,5	3,5	0,6	54,38*
Service communautaire	2,3	0,8	2,3	0,9	0,53
Maison et famille	3,4	0,7	3,4	0,8	2,35
Activités de loisirs	2,9	0,6	2,8	0,7	4,31
VALEUR DES ACTIVITÉS					
Études	2,5	0,7	2,6	0,8	38,24*
Travail	3,1	0,5	3,2	0,6	21,38*
Service communautaire	2,3	0,7	2,2	0,9	2,44
Maison et famille	3,2	0,6	3,2	0,7	5,09
Activités de loisirs	2,9	0,6	2,8	0,7	2,20

* = $p < 0,001$

TABLEAU 5

Échelles d'importance

Fonctions discriminantes canoniques et variables de discrimination par ordre de grandeur décroissante

Engagement - travail	0,507
Valeur des activités - études	0,425
Participation - études	0,374
Engagement - études	0,348
Valeur des activités - travail	0,318
Valeur des activités - maison	0,155
Engagement - loisirs	-0,143
Participation - travail	-0,107
Valeurs des rôles - communauté	-0,107
Engagement - maison	0,105
Valeurs des rôles - loisirs	-0,102
Participation - maison	0,096
Participation - loisirs	-0,069
Participation - communauté	-0,051
Engagement - communauté	0,050

Fonctions discriminantes: Centroïdes des groupes	
Ergothérapeutes	-0,257
Femmes dans des professions libérales	0,355

supplémentaire de la priorité que ces personnes accordent à ces questions. Nous étudierons plus loin ce phénomène dans le cadre de l'interruption de carrière.

Les ergothérapeutes attachent également un grand prix à l'autonomie et à l'accomplissement, tandis qu'elles cotent moins bien l'avancement et le risque. On pourrait en fait s'attendre à ce que l'autonomie dans les prises de décisions professionnelles suppose des risques, et que l'accomplissement soit lié à une promotion ultérieure. Il est possible que la priorité accordée à la valeur du service aux autres et le souci du bien-être d'autrui soient tels chez les ergothérapeutes que les autres valeurs soient éclipsées par le désir de rendre service.

L'interruption de la carrière, si commune chez les ergothérapeutes (et probablement aussi dans les autres professions paramédicales où les femmes prédominent), est souvent la conséquence des exigences d'un autre rôle éducatif qui est celui d'élever une famille. Sans le réaliser peut-être, les ergothérapeutes qui choisissent d'interrompre leur carrière prennent en fait un gros

risque dissimulé par leur recherche d'un moyen d'exprimer leur altruisme et leur tendance éducatrice.

Tandis que les ergothérapeutes vont plutôt se comporter comme des défenseurs de leurs malades compte tenu des valeurs auxquelles elles ont souscrit, les femmes exerçant des professions libérales et qui ne sont pas ergothérapeutes, vont plutôt se comporter comme des défenseurs du déroulement de leur propre carrière. En assumant des valeurs comme l'avancement, l'économie, le risque, l'accomplissement et les conditions de travail, ces femmes vont probablement se montrer plus compétitives et rechercheront sciemment des occasions de promotion professionnelle.

Conclusions

Dans cette étude, les ergothérapeutes ont souscrit à des valeurs qui semblent compatibles avec les éléments orientés vers le malade identifiés par Sabari (1985) et exigés dans la pratique professionnelle. Les femmes des autres catégories professionnelles (en dehors des professions paramédicales) sont beaucoup plus orientées vers leur carrière, ce qui intervient vraisemblablement dans leur façon de la planifier. Lorsque nous avons comparé, sur l'échelle de l'importance, la valeur accordée aux activités liées à la carrière (par exemple, les études et le travail), les personnes qui n'étaient pas ergothérapeutes ont accordé plus d'importance à l'engagement vis-à-vis de ces activités et à leur valeur.

Il est intéressant de remarquer qu'il existe une similitude dans le schéma des valeurs adoptées par les ergothérapeutes et par les femmes de la catégorie professions libérales-postes de direction en ce qui concerne l'épanouissement personnel et l'utilisation des compétences, deux points que les unes et les autres considèrent comme très importants. Il se peut en fait que ces points aient une plus grande importance pour toutes les personnes ayant fait des études post-secondaires, le facteur désirabilité sociale ayant une influence puissante sur toutes les répondantes.

Les valeurs constituent les meilleurs discriminants entre les deux groupes et ce résultat a des conséquences sur le choix de la carrière et sur l'orientation professionnelle. Dans un secteur où les intérêts du métier ont joué le premier rôle pour mettre au point le processus d'évaluation, il faudrait faire beaucoup plus attention aux valeurs et au rôle important que ces éléments vont probablement jouer dans le choix d'une carrière.

La méthode de travail par équipe pour s'occuper des malades est la pierre d'angle de la réadaptation et, certes, des difficultés de communication surgissent entre les différents niveaux de personnel. En effet, de plus en plus, le personnel de gestion est recruté parmi les diplômés des départements commerciaux des universités dont les valeurs sont probablement semblables à celles des répondantes de la catégorie professions libérales-postes de direction. D'autre part, les ergothérapeutes et les personnes qui adoptent une méthode orientée vers le malade risquent d'avoir des problèmes de communication avec le personnel de direction qui insiste plus sur d'autres valeurs. Les éléments intrinsèques du travail semblent être plus importants pour les ergothérapeutes, tandis que les valeurs adoptées par les répondantes du groupe professions libérales-postes de direction semblent de nature plus égocentriques et tendent à refléter davantage les éléments extrinsèques du travail.

Si cette orientation est typique des personnes occupant des postes de direction en dehors de la profession d'ergothérapeute, il est probable que ces personnes n'accorderont pas aux soins du malade - préoccupation même des ergothérapeutes - la priorité que ces dernières pensent qu'on devrait leur accorder. Bien que la direction et le personnel puissent adopter des programmes offrant des garanties de qualité, les thérapeutes peuvent avoir une attitude plus orientée vers le malade tandis que la direction pourrait adopter de tels programmes en vue de maintenir l'accréditation, d'assurer le financement et d'éviter des poursuites juridiques onéreuses. Les thérapeutes doivent donc arriver à adopter un but commun mais selon une optique différente en ce qui concerne les valeurs.

Si les étudiants en ergothérapie commencent leurs études en ayant profondément adopté des valeurs orientées vers le malade et que les études continuent à insister sur ces aspects des soins aux malades et à les renforcer, l'exercice de la profession nuira vraisemblablement à l'éclosion de chefs et de directeurs dans ce domaine. Ceux qui aspirent à des postes de responsables graviteront autour d'autres secteurs où leur adhésion à des valeurs comme l'avancement, l'accomplissement et l'autonomie sera mieux acceptée. Ceci accentuera encore la pénurie actuelle dans ce domaine de la réadaptation; de plus grandes possibilités d'avancement au sein de la profession d'ergothérapeute permettront de conserver un personnel expérimenté dans ce domaine. Il serait bon de réviser les programmes et les activités des études en ergothérapie en fonction des valeurs qu'ils renforcent, tandis que des ateliers sur la clarification des valeurs

pourraient permettre de mieux comprendre les équipes de réadaptation et d'améliorer la communication entre elles.

BIBLIOGRAPHIE

Casserly M.C. (1982). The identification of the importance of work (La reconnaissance de l'importance du travail). In Connat 1, Emploi et Immigration Canada, (pp. 121-129). Ottawa: Ministère des Approvisionnements et services Canada.

Edelwich J. & A. Brodsky (1980). Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences Press.

Fitzsimmons G.W., D. Macnab & C. Casserly (1984a) Life Roles Inventory Canadian National Norming Study, 1984. Ottawa: Emploi et Immigration Canada.

Fitzsimmons G.W., D. Macnab & C. Casserly. (1984b). Life Roles Inventory Technical Manual. Ottawa: Emploi et Immigration Canada.

Madill H.M., E.S.G. Brintnell, L.L. Stewin, G.W. Fitzsimmons & D. Macnab (1985). Career patterns in two groups of Alberta occupational therapists (Profils de carrières dans deux groupes d'ergothérapeutes de l'Alberta). Canadian Journal of Occupational Therapy, sous presse.

Sabari J.S. (1985). Professional socialization: Implications for occupational therapy education (Socialisation professionnelle: conséquences pour une éducation par l'ergothérapie). American Journal of Occupational Therapy, 39, 2, 96-102.

Super D.E. (1978). In Hansen L.S. & R.S. Rapoza (Editeurs) Career Development and Counseling of Women (pp. 69-77). Springfield (Illinois): C.C. Thomas.

L'UTILISATION DE LA DÉTENTE ET DES IMAGES MENTALES DANS LES CAS DE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

David Prendergast et Keith Wood

RÉSUMÉ

Vingt-deux personnes présentant des cas de polyarthrite rhumatoïde "classique" ou "bien déterminée" ont participé à une étude visant à déterminer comment un programme de six semaines de détente et de recours aux images mentales pouvait influer sur les symptômes médicaux. Les sujets ont été aléatoirement répartis en deux groupes: le groupe expérimental et le groupe témoin. Une évaluation avant et après a comporté: 1) des mesures cliniques de la vitesse de sédimentation globulaire, de la préhension, de la mobilité des articulations les plus touchées, du nombre d'épanchements, du temps de marche et du nombre d'articulations fonctionnant normalement; 2) l'inventaire d'anxiété (STAI); 3) des échelles multidimensionnelles du locus de contrôle de la santé; 4) un questionnaire sur la valeur de la santé. De plus, les sujets évaluaient eux-mêmes leur douleur et la notaient quotidiennement. Tous les sujets ont rencontré l'expérimentateur une fois par semaine: ceux du groupe expérimental pour travailler la détente et l'utilisation des images mentales, ceux du groupe témoin pour indiquer leur évaluation quotidienne de la douleur. Les résultats n'ont révélé aucune différence significative entre les groupes quant à des changements ni sur le plan médical ni dans les réponses aux questionnaires.

L'UTILISATION DE LA DÉTENTE ET DES IMAGES MENTALES DANS LES CAS DE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

La polyarthrite rhumatoïde est l'une des maladies chroniques les plus importantes de la société moderne. Sa fréquence, déterminée à partir d'enquêtes limitées sur des populations d'Europe et d'Amérique du Nord, est de l'ordre de 1 à 3 pour cent (Beeson & McDermott, 1975; Jayson & Dixon, 1974; Pelletier, 1977). Heureusement, la plupart des personnes atteintes de cette maladie ne présentent que des cas légers.

La cause ou les causes de la polyarthrite rhumatoïde sont encore inconnues bien que plusieurs théories soient actuellement à l'étude (Jayson & Dixon, 1974; Zvaifler, 1979). La tension (Pelletier, 1977) est un facteur important, reconnu mais mal compris dans le développement

et les progrès de cette maladie. Selon Pelletier (1977), dans les cas où l'on connaît toute l'histoire de la maladie, il a été prouvé que la tension - telle que l'a définie Selye (1956) - est liée de façon certaine aux crises d'arthrite. De plus, des études sur la personnalité et le comportement ont permis d'étayer davantage la conclusion selon laquelle il existe une relation entre la polyarthrite rhumatoïde et les tensions affectives (Bayles, 1972; Denver, Grove, Leblond & Latulippe, 1979; Hoffman, 1974; Short, Bauer & Raynold, 1957; Toyama, Popell, Evans & Heyder, 1980). Cette relation est si évidente que la polyarthrite rhumatoïde est considérée comme l'une des maladies les plus importantes de la civilisation moderne, les trois autres étant les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies respiratoires.

Dans le domaine de la recherche sur le cancer, les Simonton (1975 et 1978) ont mis au point un traitement de six semaines pour des cancéreux, dans le but de modifier leurs attitudes vis-à-vis de leur maladie et de la vie. Les Simonton indiquent d'abord aux malades comment certaines réactions à des situations favorisant les tensions peuvent avoir une influence sur les réactions immunitaires et le système endocrinien. Ceci devrait aider les personnes à mieux connaître le rôle qu'elles jouent dans le développement de leur propre maladie. Les malades apprennent ensuite à se détendre et à utiliser les images. En effet, les Simonton pensent que la détente et les images mentales sont d'excellents outils pour créer et renforcer chez les malades la pensée qu'ils sont capables de guérir. La technique de la détente est prévue pour rompre le cycle de la tension et de la crainte si fréquent chez les cancéreux. De plus, de nombreux malades découvrent que leurs perspectives psychologiques se modifient lorsqu'ils peuvent se détendre, ce qui leur permet de mieux affronter leur maladie et les problèmes qu'elle leur pose. De plus, en ayant recours aux images mentales, les malades peuvent modifier positivement leurs espérances, ce qui leur donne un rôle important dans leur propre traitement et leur permet d'assumer une certaine part de responsabilité dans leur guérison. Les Simonton indiquent que leurs méthodes peuvent être employées quelle que soit la maladie, puisqu'ils considèrent toute maladie, y compris l'arthrite, comme le signe d'une rupture d'unité entre l'esprit et le corps (Simonton, Matthews-Simonton & Creighton, 1978).

La présente étude a voulu montrer que l'on pouvait appliquer au traitement de la polyarthrite rhumatoïde, les techniques de la détente et des images mentales,

telles qu'elles sont utilisées pour le traitement du cancer (Simonton & Simonton, 1975; Simonton et al., 1978). Nous avons émis l'hypothèse que l'utilisation de la détente et des images devrait réduire les symptômes médicaux associés à la polyarthrite rhumatoïde. En outre, pour tenter de comprendre la façon de penser des arthritiques et leurs attitudes vis-à-vis de leur santé, ainsi que les changements éventuels à la suite d'un traitement, nous avons utilisé avec les participants plusieurs outils: 1) l'échelle multidimensionnelle du locus de contrôle de la santé (MHLC); 2) l'inventaire de l'état d'anxiété (STAI); 3) l'inventaire d'évaluation de la douleur; 4) le questionnaire sur la valeur de la santé.

Le MHLC (Wallston, Wallston, Kaplan & Maides, 1976; Wallston, Wallston & DeVellis, 1978) mesure, pour chaque malade, le contrôle de la santé qui peut être à leur avis essentiellement interne (c'est-à-dire que la bonne ou la mauvaise santé résulte de son propre comportement), ou une question de chance (c'est-à-dire que la chance ou le destin décide de la maladie ou de la santé), ou encore influencé par d'autres personnes plus fortes (professionnels de la santé, membres de la famille, etc.). Dans la présente étude, nous avons principalement utilisé le MHLC pour évaluer toute différence possible dans la perception du contrôle entre le groupe expérimental et le groupe témoin à la suite du traitement.

Pour ce qui est du STAI (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970), nous avions émis l'hypothèse que les résultats à cette échelle diminueraient avec le temps en raison du traitement. Selon Spielberger et al. (1970), l'état d'anxiété est caractérisé par une perception consciente des sentiments de tension et une plus grande activité du système nerveux végétatif ou autonome, toutes deux réduites par le recours à la détente. D'autre part, nous avions émis l'hypothèse que l'état d'anxiété ne se modifierait pas de façon significative, puisqu'il est fonction d'une différence individuelle relativement stable en ce qui concerne la prédisposition à l'anxiété (Spielberger et al., 1970).

Nous avions également émis l'hypothèse que le recours à la détente et aux images devrait réduire de façon significative l'évaluation de la douleur, faite par les malades du groupe expérimental, quels que soient les changements dans les symptômes médicaux, puisque l'approche psychologique du soulagement de la douleur, c'est-à-dire la thérapie par la détente, doit pouvoir produire un certain soulagement (Melzack, 1977).

Enfin, nous avons inclus une mesure de la valeur de la santé (Knutson, 1981) au moyen d'une échelle en sept

points, qui évaluait l'importance de la santé dans les dernières années. Il faudrait tenir compte de différences significatives entre les groupes à cette mesure pour expliquer les différences inter-groupes des résultats médicaux et de ceux au STAI et au MHLC (Wallston, Wallston, Kaplan & Maides, 1976; Wallston, Wallston & DeVellis, 1978).

Méthode

Les participants

Nous avons vu environ 100 malades atteints de polyarthrite rhumatoïde pour pouvoir en choisir 22 qui ont été au hasard répartis alternativement en deux groupes: un groupe expérimental (N = 10) et un groupe témoin (N = 12). La différence entre le nombre de participants est due au fait que, pour le groupe expérimental, d'une part les données d'un homme ont été éliminées car on a découvert que, ne satisfaisant pas à 3 des 4 critères, il avait été admis par erreur, et que d'autre part une femme s'est retirée après une session. La moyenne d'âge des participants était de 53,1 ans avec un écart type de 11,25 ans.

Bien que la plupart des participants aient pris des médicaments ordonnés par le médecin pour combattre la douleur, l'enflure et l'inflammation, nous avons délibérément tenté de conserver, pendant la participation à l'étude, d'autres formes de thérapie médicale, comme l'or et la cortisone (Townes & Stevens, 1968).

Tous les participants répondaient aux critères de l'American Rheumatism Association (Association américaine du rhumatisme) pour ce qui est de la polyarthrite rhumatoïde classique ou bien déterminée (Rodnan, 1973). En outre, chaque participant présentait trois des quatre symptômes suivants caractérisant la maladie: 1) 30 à 45 minutes de raideur le matin, 2) 15 articulations douloureuses, 3) 7 articulations enflées, 4) une vitesse de sédimentation de 28mm. Ainsi au début de l'observation, les participants avaient une activité inflammatoire suffisante pour permettre d'observer une amélioration du développement de la maladie après une participation de six semaines à l'étude.

Méthode

Chaque participant a passé un examen médical et a répondu aux différents questionnaires et inventaires: le MHLC, le STAI et celui sur la valeur de la santé. L'examen médical évaluait: 1) la vitesse de

sédimentation, 2) la préhension de la main droite et de la main gauche, 3) la mobilité (extension et flexion) des articulations les plus atteintes, 4) une marche de 50 pieds, 5) le nombre d'épanchements et 6) le nombre des articulations qui fonctionnaient. Nous avons également remis à chaque participant un formulaire pour évaluer la douleur, qu'ils devaient remplir quotidiennement pendant les six semaines. A la fin des six semaines, les participants ont de nouveau subi un examen médical et répondu aux questionnaires et inventaires, chaque fois dans le même ordre. Nous avons utilisé tout au long de notre étude la méthode en double aveugle. Pendant les six semaines, les malades appartenant au groupe expérimental ont participé à des exercices de détente et de recours aux images mentales, tandis que ceux du groupe témoin rencontraient l'expérimentateur pour indiquer leur degré de douleur. Cette rencontre hebdomadaire avec les participants du groupe témoin avait pour but de contrôler la variable "attention", puisque les participants du groupe expérimental rencontraient l'expérimentateur également une fois par semaine. Après la conclusion de l'étude, les malades des deux groupes ont eu droit à une session au cours de laquelle on leur a fait le rapport de l'opération.

Résultats et discussion

L'hypothèse de départ selon laquelle le recours à la détente et aux images modifieraient de façon significative les mesures médicales des malades atteints de polyarthrite rhumatoïde, testée par des tests t inter-groupes et l'analyse discriminante, n'a pas été vérifiée. Aucune analyse n'a révélé de différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin quant aux mesures médicales. En outre, un seul élément - l'extension - s'est amélioré pour les malades du groupe expérimental et a empiré pour ceux du groupe témoin. De plus, pour la marche et la vitesse de sédimentation, les deux groupes ont montré une aggravation des symptômes, tandis que pour les cinq autres éléments (préhension de la main droite et de la main gauche, flexion, nombre d'épanchements et nombre d'articulations fonctionnant normalement), nous avons noté une plus grande amélioration chez le groupe témoin que chez le groupe expérimental. En conséquence, l'absence de différences significatives telles qu'elles avaient été postulées dans l'hypothèse de départ indique fortement que l'utilisation de la détente et des images avec des malades souffrant de polyarthrite rhumatoïde n'est pas un traitement efficace sur une période de six semaines. Pourtant, la longueur

du traitement pourrait bien avoir été la cause de ce manque de différences significatives entre les deux groupes. Bien que des recherches (Rothermich, Philips, Waldemar & Thomas, 1976) sur le traitement qui affecte le système immunitaire (à savoir, l'or) aient montré qu'il était efficace dans un laps de temps de cinq à huit semaines, il est possible que, pour que la détente et les images aient soient aussi efficaces, il faille un traitement plus long. Bien que nous ayons essayé de contrôler le recours à des thérapies médicales, comme l'or et la cortisone, il a été nécessaire dans certains cas, pour le bien-être du malade, que de tels traitements soient suivis pendant la participation à l'enquête; c'est là un élément supplémentaire qu'il faut considérer pour déterminer la validité des résultats.

En ce qui concerne le MHLC, nous n'avons pas observé de différences significatives entre le groupe expérimental et le groupe témoin pour le contrôle de la santé (interne, question de chance ou influencé par des personnes plus fortes) à la suite du traitement, ce qui indique que la participation au traitement par la détente et les images n'entraîne pas une modification importante de point de vue pour le locus de contrôle. Rétrospectivement pourtant il est possible qu'un tel changement de point de vue ait été peu probable, à moins que les participants n'aient changé de façon significative sur les mesures médicales - ce qui n'est pas le cas dans notre étude.

L'hypothèse selon laquelle la détente et les images auraient de beaucoup réduit l'état d'anxiété tel qu'il est mesuré par le STAI, n'a pas été vérifiée. Ceci peut probablement s'expliquer par le fait que, bien que les arthritiques aient appris à se détendre, il est possible qu'ils aient répondu aux questions du STAI par rapport à leur maladie, c'est-à-dire à la douleur et à la gêne, et non pas simplement par rapport à un état d'anxiété situationnel. Si tel était le cas, on ne pouvait pas espérer dans les résultats des participants au STAI, une diminution importante puisque, dans la plupart des cas, l'état clinique de ces participants ne s'est pas amélioré.

L'hypothèse selon laquelle la détente et les images auraient de beaucoup réduit le degré de douleur, testée par des tests t inter-groupes, n'a pas été vérifiée. Il est fortement probable que tout avantage tiré d'une approche psychologique à la douleur dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde n'est simplement pas suffisante pour compenser la grande part de l'élément physiologique de la douleur associée à cette maladie.

En analysant les changements postérieurs, quel que soit le groupe, nous n'avons trouvé une nette amélioration que pour deux mesures médicales: la flexion ($t = 3,77$; $p < 0,001$) et le compte d'articulations qui fonctionnaient ($t = 3,77$; $p < 0,001$). Nous avons également remarqué une diminution importante du locus de contrôle interne ainsi que du facteur chance dans la pensée des participants, ce qui indique globalement que leur croyance dans le contrôle personnel sur la maladie a diminué et que celle dans le facteur chance s'est renforcée. Étant donné le manque d'amélioration en termes de guérison globale après un traitement de six semaines, il n'est sans doute par surprenant que les participants aient moins cru dans le contrôle personnel.

En conclusion, l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de la détente et des images avec des malades atteints de polyarthrite rhumatoïde devrait réduire de façon significative les symptômes médicaux n'a pas été vérifiée par notre étude. Ce résultat n'étaye pas les suggestions des Simonton qui voulaient que leurs méthodes, mises au point pour des cancéreux, puissent également être efficaces avec des arthritiques. Il est cependant possible qu'afin d'être bénéfiques, le recours à la détente et aux images ait besoin d'être intégré à une atmosphère d'espérances plus positives, comme cela fut fait avec les cancéreux des Simonton. Les questions soulevées par Norman Cousins (1976) étayeraient fortement une telle position. Excepté le fait d'encourager des visualisations positives, l'étude actuelle n'a pas tenté d'influencer l'attitude des malades vis-à-vis de leur maladie, car ceci aurait représenté une variable troublante avec la détente et les images, si l'on avait observé des améliorations dans les symptômes médicaux. Finalement, au vu des résultats de cette étude, il ne faudrait pas nécessairement renoncer à envisager d'utiliser la détente et les images pour réduire l'anxiété chez les cancéreux et les arthritiques. Bien que la mesure de l'anxiété utilisée dans cette étude n'ait pas changé entre le début et la fin de l'expérience, d'autres études ont montré l'efficacité d'un tel traitement pour réduire l'anxiété chez les cancéreux (Lyles, Burish, Krozely & Oldham, 1982). Ainsi, les résultats concernant l'utilisation de la détente et des images pour réduire l'anxiété restent ambigus à ce stade.

BIBLIOGRAPHIE

Bayles T.B. (1972). Psychogenic factors in rheumatic diseases (Facteurs psychogéniques dans les maladies rhumatismales). In J.L. Hollander (Ed.), Arthritis and allied conditions (Arthrite et états associés) (8e édition). Philadelphie: Lea & Febiger.

Beeson P.B. & W. McDermott (1975). Textbook of medicine (Manuel de médecine). Toronto: W.B. Saunders and Company.

Cousins N. (1976). Anatomy of an illness (Anatomie d'une maladie). New England Journal of Medicine, 295, 1458-1463.

Denver D.R., R.N. Grove, G. Leblond & R. Latulippe (1979). Behavioral medicine: An exploratory study of medical and psychological changes in rheumatoid arthritis patients following short-term hand biofeedback (Médecine comportementale: étude exploratoire des changements sur le plan médical et psychologique chez des malades atteints de polyarthrite rhumatoïde après une réaction biologique). In N. Eirbaumer et H.D. Kimmel (Editeurs), Biofeedback and self-regulations (Bioréaction et auto-réglementation). Hillsdale (New Jersey), Erlbaum.

Hoffman A.L. (1974). Psychological factors associated with rheumatoid arthritis (Facteurs psychologiques associés à la polyarthrite rhumatoïde). Nursing Research, 23, 218-234.

Jayson M.I. & A. Dixon (1974). Rheumatism and arthritis (Rhumatisme et arthrite) Londres (Angleterre), Pan Books.

Knutson G.C. (1981). Factors influencing satisfaction with control and compliance in patients newly admitted to the coronary care unit. Thèse non publiée pour une maîtrise de sciences, bibliothèque médicale et scientifique de l'Université de Toronto.

Lyles H.J., T.G. Burish, M.G. Krozely & R.K. Oldham (1982). Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy (Efficacité de la détente et de l'utilisation guidée des images mentales pour réduire l'aversion de la chimiothérapie dans le traitement du cancer). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50:4, 509-524.

Melzack R. (1977). The puzzle of pain (Le mystère de la douleur). Markham (Ontario), Penguin Books.

Pelletier K.R. (1977). Mind as healer, mind as slayer: A holistic approach to preventing stress disorders (L'esprit qui guérit, l'esprit qui tue: une approche globale pour éviter les troubles de la tension). New York, Dell Publishing.

Rodnan G.P. (1973). Primer on the rheumatic diseases (Rudiments sur les maladies rhumatismales) (7e édition). New York: The Arthritis Foundation.

Rothermich N.O., V.K. Philips, B. Waldemar & M. Thomas (1976). Chrysotherapy: A prospective Study (Une perspective sur la chrysothérapie). Arthritis and Rheumatism.

Selye Hans (1956). The stress of life (Les tensions de la vie). New York, McGraw-Hill.

Short O.C., W. Bauer & W.E. Raynold (1957). Rheumatoid arthritis (Polyarthrite rhumatoïde). Cambridge (Massachusetts). Presses de l'Université Harvard.

Simonton O.C. & S.S. Simonton (1975). Belief systems and management of the emotional aspects of malignancy (Systèmes de pensée et gestion des aspects affectifs de la malignité). Journal of Transpersonal Psychology. 7:1, 29-47.

Simonton O.C., S. Matthews-Simonton & J. Creighton (1978). Getting well again (Guérir). New York, St. Martin's Press.

Spielberger C.C., R.L. Gorsuch & R.E. Lushene (1970). State-trait anxiety inventory. Californie: Consulting Psychologists Press.

Townes A.S. & M.B. Stevens (1968). Inflammatory arthritis and its variants, and other inflammatory joint disorders (Arthrite inflammatoire et ses variantes, et autres troubles inflammatoires des articulations). In A. Harvery, L.E. Cluff, E.J. Johns, A.H. Owens, D. Rabinowitz et R.S. Ross (Editeurs). The principles and practice of medicine. New York, Appleton-Century-Crofts.

Toyama P.M., C. Popell, J. Evans & C. Heyder (1980). Acupuncture and the moxibustion in the management of rheumatoid arthritis (Acupuncture et moxibustion dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde). The Official Journal of the International Institute of Stress and its Affiliates, 1:2, 19-24.

Wallston B.S., K.A. Wallston, G.D. Kaplan & S.A. Maides (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) scale (Mise au point et validation de l'échelle du locus de contrôle de la santé). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44:4, 580-585.

Wallston K.A., B.S. Wallston & R. DeVellis (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales (Mise au point des échelles multidimensionnelles du locus de contrôle de la santé). Health Education Monographs, 6:2, 160-170.

Zvaifler Nathan J. (1979). Etiology and pathogeneis of rheumatoid arthritis (Etiologie et pathogénie de la polyarthrite rhumatoïde). In Daniel J. McCarty (Editeurs), Arthritis, and allied conditions: A textbook of rheumatology (Arthrite et états associés: manuel de rhumatologie). Philadelphie, Lea & Febiger.

LA NÉCESSITÉ DE DÉFINIR DE FAÇON LARGE ET FONCTIONNELLE L'APTITUDE AU TRAVAIL

Jane Staub
Centre médical Hugh MacMillan
Toronto

RÉSUMÉ

Il incombe au tribunal, même lorsque le demandeur blessé n'a jamais travaillé, de fixer la valeur d'une perte de revenu futur après avoir évalué toutes les preuves de façon raisonnable. Dans le cas d'un enfant blessé, il est bien entendu extrêmement difficile d'allouer un montant pour la perte de revenu futur. Puisque le tribunal est dans l'obligation de ne pas agir sur de simples spéculations, quelles preuves doit-on lui présenter pour qu'il les prenne en considération. Selon l'auteur, cette preuve pourrait être semblable à celle exigée en vue de déterminer les possibilités d'une personne pour un emploi, et donc, son admissibilité à la réadaptation professionnelle. Partant d'expériences professionnelles et des causes traitées par les tribunaux, l'auteur soutient qu'il est nécessaire de définir l'aptitude au travail en termes concrets et selon une approche fonctionnelle pour permettre d'évaluer ce que cette dénomination désigne précisément. Nous analysons des éléments nouveaux, comme des installations raisonnables sur le lieu de travail et la Charte des droits et libertés, dans la mesure où ils sont liés à l'évaluation de l'aptitude au travail et aux recherches sur la réadaptation professionnelle dans les années à venir.

LA NÉCESSITÉ DE DÉFINIR DE FAÇON LARGE ET FONCTIONNELLE L'APTITUDE AU TRAVAIL

Introduction

"Dans une société industrielle mouvante, la profession est le principal déterminant de la condition sociale" (Super, 1957, p. 362). C'est ce qu'affirmait l'un des plus grands étudiants de ce siècle lorsqu'il parlait de carriérologie, de théorie du perfectionnement professionnel et du monde du travail. Dans la société moderne, le travail joue un rôle prépondérant et constitue le principal déterminant de la condition

sociale. Un travail rémunéré n'est pas simplement un gagne-pain, c'est également un mode de vie.

Dans sa définition de la notion de productivité (1981), De Jong a essayé d'envisager comment un individu participe globalement à la vie de la collectivité et de la famille. Ce faisant, il a étudié la productivité dans cinq situations différentes: un emploi rémunéré, le travail ménager, des programmes scolaires ou pédagogiques, un travail dans des organismes officiels, et des activités de loisirs, et a évalué, dans chaque cas, la participation de la personne. Bien que la productivité ne se mesure pas seulement au travail, les valeurs culturelles qui prévalent au Canada accordent encore au travail un rôle absolument central.

C'est d'après son emploi que l'on jauge la productivité et l'activité d'un membre de la société canadienne. Il permet à l'individu d'acheter des biens matériels, comme une maison, une résidence d'été ou une voiture, qui sont souvent des critères de réussite. De plus, un emploi contribue également à la conscience qu'a l'individu de sa propre valeur.

Quiconque est élevé dans ce milieu sera soumis aux influences du système canadien des valeurs pour ce qui est du travail et de la productivité. Ainsi, tout comme les autres citoyens, les personnes handicapées cherchent du travail comme gagne-pain mais aussi comme mode de vie.

On a beaucoup écrit sur les problèmes auxquels sont confrontés les Canadiens qui recherchent un emploi rémunéré. Certes les difficultés pour atteindre ce but sont nombreuses, mais celle sur laquelle je voudrais insister est la façon étroite dont on définit l'aptitude au travail quand on l'applique aux personnes handicapées.

L'aptitude au travail

Aptitude au travail et apte au travail sont des expressions que l'on entend facilement dans la bouche des Canadiens ordinaires comme dans celle des professionnels de la réadaptation. En termes simples, apte au travail signifie qui est capable de faire quelque chose. Il est plus difficile de définir l'aptitude au travail. En général, cette qualité dépend de trois facteurs: l'existence des emplois, la disponibilité d'une personne pour un emploi donné et les compétences de cette personne pour satisfaire aux exigences du poste.

Plusieurs éléments risquent de venir compliquer cette conceptualisation assez simple de l'aptitude au travail, notamment:

- les attentes stéréotypées ou partiales qui peuvent modifier le mode de recrutement ou de sélection,
- les résultats scolaires ou universitaires et les critères pour un métier particulier auxquels la personne a satisfait, qui peuvent influencer favorablement un employeur même s'ils n'ont pas de lien avec les exigences du poste,
- les relations qui constituent un moyen très important d'obtenir un poste, de savoir où sont les emplois, et de présenter ceux qui cherchent du travail à ceux qui embauchent,
- une bonne orientation professionnelle qui permet notamment de trouver un travail et en particulier un travail satisfaisant.

L'aptitude au travail des personnes handicapées suppose les trois facteurs généraux, l'un ou la totalité des autres éléments présentés, ainsi que certains autres qui peuvent être liés aux besoins de ces personnes en ce qui concerne:

- l'accès et l'utilisation des installations dans l'ensemble du lieu de travail,
- les adaptations faites par l'employeur pour que le milieu de travail convienne raisonnablement aux besoins des handicapés,
- les aides fonctionnelles pour faciliter la mobilité ou améliorer les moyens de travailler,
- un mode de transport accessible, utilisable et abordable, entre le domicile et le lieu de travail,
- la mise à la disposition de services abordables d'aide personnelle sur le lieu de travail et dans la collectivité.

Bien que la personne handicapée soit confrontée à des problèmes particuliers lorsqu'il s'agit d'aptitude au travail, le moyen d'obtenir un emploi ne diffère pas beaucoup de celui par lequel doit passer le Canadien en général.

Réadaptation professionnelle

Toute analyse de l'aptitude au travail des personnes handicapées doit également prendre en compte la réadaptation professionnelle qui permet d'offrir les biens et les services dont ces personnes ont besoin pour trouver un emploi rémunéré. Elle comprend l'estimation des possibilités de la personne handicapée à obtenir un

emploi rémunéré et à être active dans le monde du travail.

Pour estimer ces possibilités, les professionnels de la santé utilisent presque exclusivement la méthode clinique de l'évaluation des personnes handicapées, ce qui a conduit à définir quatre prémisses:

- qu'une personne handicapée, c'est-à-dire le client, a un problème,
- que ce problème est le handicap,
- que le handicap engendre une difficulté pour l'emploi, et
- que la personne handicapée peut raisonnablement bénéficier des services de réadaptation professionnelle.

Comme c'est le cas de tous les programmes disposant de fonds limités, les programmes fédéraux et provinciaux de réadaptation professionnelle doivent utiliser l'argent dont ils disposent là où il sera le mieux employé. Cet argent se faisant rare, cela devient de plus en plus difficile. L'efficacité potentielle sur leur lieu de travail de candidats qui ont besoin pour exercer leur métier d'aides particulières constitue probablement un élément important dans la prise de décision. Ainsi, l'évaluation de l'aptitude au travail devient un facteur des plus importants lorsqu'il s'agit de préciser la façon dont les personnes handicapées mèneront leur vie. Étant donné les conséquences importantes qu'aura la définition de l'aptitude au travail sur la vie des personnes handicapées, il faut être aussi clair que possible sur ce que l'on veut dire par aptitude au travail et sur les circonstances dans lesquelles on est apte au travail.

Évaluation de l'aptitude au travail

En définissant l'aptitude au travail d'une personne, que ce soit dans le cadre de l'orientation professionnelle dans les écoles ou dans celui de la recherche d'un emploi rémunéré dans la société, nous avons beaucoup insisté sur les qualités personnelles de l'individu - celles qu'il possède et celles qu'on pense qu'il peut acquérir. L'éducation, l'expérience professionnelle, le degré d'instruction, l'intelligence, la motivation, la santé, les objectifs professionnels et l'image qu'on a de soi sont tous des éléments dont il faut tenir compte pour définir l'aptitude au travail d'une personne.

Modèle clinique de l'aptitude au travail

La notion d'aptitude au travail est la même lorsqu'il s'agit des personnes handicapées, avec toutefois un élément supplémentaire qui est la mesure de la perte ou de la diminution des possibilités mentales ou physiques. Pour une large part, le modèle clinique de l'aptitude au travail est l'héritage principal du mouvement global de réadaptation.

Ce modèle repose sur la supposition qu'en raison de sa déficience, on ne peut pas embaucher une personne handicapée. En conséquence, la plupart des efforts - sinon tous - faits dans le sens d'une réadaptation, médicale et professionnelle, visent surtout à changer la personne handicapée. De même, la pierre d'angle de l'indemnisation des personnes déjà assurées, des anciens combattants invalides et des travailleurs blessés est inévitablement le pourcentage de perte des possibilités de la personne et du fonctionnement des différentes parties du corps.

Les emplois étant classés selon leurs exigences physiques, on en est arrivé à considérer que l'élément clé lorsqu'il s'agit d'engager des personnes handicapées est la conformité de leurs possibilités physiques et les exigences de l'emploi. Ainsi, les emplois sont classés selon qu'ils peuvent ou non être exécutés par une personne sourde, aveugle, déficiente mentale, etc. Cela a conduit à stéréotyper les emplois qui conviennent à un handicap physique ou mental particulier sans tenir compte ni des caractéristiques de l'emploi ni des qualifications, des compétences et des intérêts de la personne handicapée.

Les renseignements médicaux sont devenus obligatoires sur le formulaire de demande d'emploi pour que les employeurs puissent connaître les limites affectives, mentales ou physiques du candidat. L'aptitude au travail (et par là le droit à une pension) a été largement déterminée par des renseignements et des avis médicaux, parce que de plus en plus d'employeurs ont ouvert des services médicaux pour sélectionner les candidats.

Nouvelles tendances ayant une influence sur l'aptitude au travail

Trois éléments importants ont eu une influence sur les professionnels de la réadaptation et sur les autres personnes concernées par les questions d'aptitude au travail. Certaines personnes ayant de graves handicaps physiques ont bien trouvé un emploi alors que la plupart

des évaluations auraient laissé penser qu'elles ne le pouvaient pas.

Des personnes handicapées et non handicapées ont commencé à souligner de plus en plus l'influence des facteurs du milieu extérieur sur leur vie, y compris de l'attitude du public. La mesure dans laquelle il devrait incomber à la société de supprimer ces entraves du milieu extérieur (obstacles dans les transports, immeubles publics (tels que les bureaux et les écoles) inaccessibles, besoins de soins personnels non satisfaits, etc.) fait actuellement l'objet d'un débat public de plus en plus vif.

Les professionnels de la réadaptation font souvent chorus et déplorent également les obstacles dans les constructions même, une certaine forme de ségrégation qui règne dans les écoles, le manque de services et d'autres problèmes sociaux. Certains ont rallié des groupes communautaires et ont ainsi mis en oeuvre d'importants changements. Pourtant, aujourd'hui encore, les efforts faits en matière de réadaptation visent toujours à changer l'individu handicapé de façon qu'il s'ajuste aux exigences de la société.

Les tribunaux et l'aptitude au travail

Au cours des cinq dernières années, les causes traitées par les tribunaux canadiens ont commencé à influencer mes critères pour étudier l'aptitude au travail et je me suis ainsi posé deux questions:

- Les preuves apportées devant les tribunaux ont-elles un lien avec les éléments considérés par les professionnels de la réadaptation lorsqu'ils déterminent l'aptitude au travail et par là les possibilités de réadaptation professionnelle?
- Le processus judiciaire des tribunaux comprend-il un élément qui puisse amener les professionnels de la réadaptation à améliorer leur notion d'aptitude au travail?

Depuis longtemps, les tribunaux ont cherché à indemniser les victimes de blessures corporelles lorsqu'il est possible de trouver qui est civilement responsable, et ont donc essayé d'estimer le montant forfaitaire qui permettrait à la partie blessée de se trouver dans la même situation que si elle n'avait pas été blessée.

En vertu de la common law, les tribunaux accordent des dommages-intérêts dans des cas d'accidents causés par

négligence. Les dommages-intérêts généraux sont censés être accordés dans le cas d'un accident ou de blessures et les jurés ou le juge ont alors toute discrétion pour les évaluer et ils peuvent les accorder non pour une période déterminée mais pour un avenir illimité.

Bien que les tribunaux puissent également accorder des dommages-intérêts spéciaux, cet article ne traite que des dommages-intérêts généraux. Ceux-ci couvrent des dommages dans trois secteurs: la perte future du salaire ou du revenu, le coût des soins et autres dépenses dans l'avenir, la souffrance endurée et la privation des agréments de la vie. Ces secteurs constituent alors trois des éléments qui permettent aux tribunaux de calculer le montant forfaitaire qu'ils accordent. Deux éléments se chevauchent: la perte de salaire et le coût des soins ultérieurs, mais celui qui touche le plus l'aptitude au travail est la perte future du salaire ou du revenu.

Il est difficile d'évaluer les dommages à accorder pour la perte de la capacité de gagner sa vie ou celle du revenu virtuel, même lorsqu'il y a des antécédents professionnels. Elle implique la perte des espoirs de la personne et des occasions qui auraient pu s'offrir à elle - en particulier dans le cas des victimes qui sont des étudiants ou des bébés - tout autant que la perte du revenu.

Comment fixer le montant de la perte de revenu futur dans le cas d'un enfant blessé de deux ans? Le tribunal dispose-t-il de preuves, quelles qu'elles soient, qui lui permettraient de déterminer qu'un bébé serait jamais entré dans le monde du travail? Le tribunal dispose-t-il de preuves qui lui permettraient d'évaluer si l'avenir professionnel d'un enfant aurait été une réussite ou un échec? Quel que soit l'âge de la partie blessée, le tribunal est dans l'obligation de ne pas agir sur de simples spéculations. Quelles preuves lui ont été présentées dans des cas comme celui-là?

Pour tenter de répondre à cette question, j'ai entrepris une étude des indemnités versées pour blessures corporelles à des personnes dont les causes sont passées en justice après 1970 (Reardon, 1971-1985). Je me suis limitée à rechercher les critères présentés au tribunal et à voir quels étaient ceux qui avaient le plus de poids en fonction de la décision prise. J'ai également voulu savoir si ces critères étaient semblables à ceux les plus utilisés par les professionnels de la réadaptation en matière d'aptitude au travail.

Au début des années 70, pour évaluer la perte future de salaire, les tribunaux ne disposaient que d'informations relativement minces. Ainsi, dans le cas de bébés ou d'étudiants, on se basait sur l'emploi et le

revenu du père (Taylor v. Bristol Omnibus, 1975), sur le revenu de base supposé de la population active (Thornton et al. v. Board of School Trustees, 1976), et sur le salaire d'une mère au travail (Arnold v. Teno, 1974). Pour cette cause-ci, la Cour suprême (Arnold v. Teno, 1978) n'a pas accepté le dernier critère et a choisi le médian entre le seuil de la pauvreté en 1978 et le salaire de la mère à l'époque. Dans une situation ultérieure de lésions cérébrales provoquées à la naissance (Wipfli v. Britten, 1978), le tribunal a rejeté les critères du revenu annuel brut du père et de la moyenne supposée du revenu d'un Canadien, et a fixé pour le bébé une indemnité inférieure.

Quels que soient les critères utilisés pour les bébés, ils ne sont rien de moins que des tentatives brutales pour mesurer en argent le potentiel de l'homme. Mais pour brutales que soient ces mesures, elles essaient de donner une valeur matérielle aux facultés de l'homme et à son bonheur.

Quelles étaient alors les preuves présentées au tribunal pour des demandeurs adultes qui avaient des antécédents professionnels et scolaires reconnus? J'ai découvert, au cours de mon travail de recherche, que ces preuves comprenaient tous les éléments personnels auxquels on pouvait s'attendre: résultats scolaires ou universitaires, antécédents professionnels, déclarations d'impôts, intelligence, rapports médicaux, avis d'un spécialiste sur le pourcentage d'invalidité, etc. Il était question de la perte d'une jambe estimé à 60 000 $, alors que celle d'un oeil était estimée à 35 000 $ (Conkin v. Smith, 1978). On avait toujours recours au tarif lorsqu'il fallait évaluer la perte d'une partie du corps. Cette estimation des dommages-intérêts par les tribunaux ressemble assez à la méthode clinique pour évaluer l'aptitude au travail. La déficience - qui est la perte d'une partie du corps - est considérée comme la cause principale de la perte du revenu futur.

La similitude entre les critères d'évaluation de l'aptitude au travail utilisés par les tribunaux et ceux utilisés par les professionnels de la réadaptation en matière d'aptitude au travail n'est pas surprenante. Les tribunaux entendent après tout les témoignages de spécialistes présentés par des avocats. Et les avocats ont tendance à rechercher les avis autorisés des professionnels de la réadaptation - souvent les mêmes d'ailleurs qui prennent ou influencent les décisions en matière de réadaptation professionnelle des personnes handicapées.

Pourtant, bien que les critères d'aptitude au travail soient semblables, les tribunaux ont fait au

moins deux grands pas en avant qui ont permis de trouver une méthode adéquate pour évaluer cette aptitude.[1]

Apport important des tribunaux

Une approche publique de l'évaluation des dommages et de la responsabilité

Selon Cherniak et Sanderson (1981), les techniques utilisés pour évaluer les dommages ont radicalement changé depuis les années 70. Dans ce qu'on a appelé la "trilogie" des causes de 1978[2], l'une des questions les plus importantes sur lesquelles la Cour suprême du Canada a dû se prononcer était de savoir quelle méthode la plus appropriée les tribunaux devraient adopter pour évaluer les dommages. La méthode classique ou globale était d'accorder un montant forfaitaire sans connaître vraiment la base des calculs, bien qu'occasionnellement les éléments aient été précisés.

La Cour suprême du Canada a rejeté cette ancienne méthode en faveur d'une explication détaillée de la façon dont on avait fixé le montant. Ces détails ont permis d'analyser tous les facteurs pertinents pris en considération par le tribunal ainsi que les éléments qui entrent dans le calcul du montant total. Ainsi, par l'intermédiaire des tribunaux, les citoyens peuvent savoir quel pourcentage du montant total est attribué à chaque élément, comme par exemple à la perte du revenu futur. Cela nous permet bien entendu de voir également quelles étaient, pour chaque élément, les preuves présentées devant les tribunaux et le poids que leur accordaient ceux-ci dans le processus décisionnel.

En conséquence, demandeurs et défendeurs, munis des mêmes renseignements détaillés que les décideurs, peuvent contester toute erreur d'évaluation. Le fait que les personnes qui s'intéressent à la justice sociale puissent comparer et opposer les bases des évaluations sur lesquelles se sont fondés les tribunaux pour prendre leurs décisions est également important.

Une vaste approche de l'importance des possibilités de l'homme

Nous avons mentionné plus haut un autre élément entrant en ligne de compte dans les évaluations des dommages par les tribunaux: le coût des soins futurs. Si mon étude du travail des tribunaux s'était limitée à la perte du revenu futur, j'aurais négligé leur apport important dans ce domaine.

Dans la "trilogie" mentionnée plus haut, la Cour suprême du Canada a montré clairement que les dommages-intérêts accordés à un demandeur grièvement blessé doivent être suffisants de façon à permettre des soins raisonnables pour le reste de ses jours. Lorsque les preuves montrent que les soins à domicile et dans la collectivité sont préférables, le demandeur ne doit pas être obligé d'accepter des soins dans un établissement parce que ceux-ci sont moins chers.

Lorsque la chose semble possible, tout doit être mis en oeuvre pour permettre à un demandeur ayant reçu des blessures corporelles de participer largement aux activités et à la vie de la collectivité. Les problèmes de transport, d'éducation, d'articles personnels, etc. sont maintenant considérés par rapport à la vie toute entière et sont tout à fait indépendants de la question d'aptitude au travail et de la perte du revenu futur.

Ainsi, en prévoyant pour une personne handicapée un plan de soins que nécessite son handicap, même le paiement de frais extraordinaires associés à la mise en place de ce plan est considéré comme essentiel pour que la personne puisse participer à la vie de la collectivité, qu'un emploi soit envisageable ou non dans l'avenir. Ainsi que le montre une étude des facteurs touchant les plans de soins pris en considération par les tribunaux, les obstacles du milieu extérieur, comme l'inaccessibilité des transports, sont bien liés au handicap. Pour pallier l'insuffisance des systèmes publics, des solutions raisonnables sont acceptées - comme les voitures ou les fourgonnettes, y compris la fréquence probable de remplacement du véhicule.

Dans la mesure où les éléments du plan de soins sont pris en considération et peuvent faire l'objet d'une compensation en espèces, le prix qui doivent payer les victimes d'accidents causés par négligence pour surmonter les obstacles du milieu extérieur doit véritablement être considéré comme une dépense liée au handicap. Ce fait est maintenant reconnu par les tribunaux comme un élément essentiel du calcul du montant forfaitaire final.

Dans cette situation alors, les tribunaux sont en avance sur la société dans son ensemble, en acceptant la responsabilité des obstacles du milieu extérieur, comme les transports publics inaccessibles. En octroyant des dommages-intérêts de plus en plus importants, la société paie pour ces obstacles qui empêchent la pleine participation des personnes handicapées. A mesure que ces octrois sont connus, et que les primes d'assurance augmentent inévitablement, il faut se demander quand la société se rendra compte qu'il lui incombe de faire disparaître ces barrières. Il est clair que la publicité

sur ce sujet alimentera énormément le débat public sur la part de responsabilité de la société à cet égard.

Les difficultés de l'avenir

Vers une responsabilité plus grande

Dans le modèle clinique de réadaptation, avec son système inhérent de dossiers confidentiels de malades et de clients, les avis des professionnels de la réadaptation sont moins immédiatement contestables que ceux qu'ils émettent lorsqu'ils témoignent comme spécialistes dans les tribunaux.

Les professionnels de la réadaptation et leurs clients doivent chercher à échanger ce qu'ils savent et à travailler ensemble pour déceler les erreurs et les omissions des évaluations et des avis. Puisque l'évaluation des programmes, la recherche appliquée et l'assurance de la qualité permettent d'espérer des réactions plus nombreuses et une plus grande responsabilité, le système judiciaire participatif et ouvert vaut la peine d'être imité. Il en est de même de son système relativement immédiat de réaction et de contestation.

Vers une vaste approche de l'aptitude au travail

Le modèle clinique de l'aptitude au travail est trop limité et trop restreint. Puisque l'on suppose que c'est en raison d'une déficience personnelle qu'on n'embauche pas une personne handicapée, on prête peu d'attention aux obstacles du milieu extérieur.

En proposant des solutions en ce qui concerne l'aptitude au travail pour les personnes handicapées, les facteurs et les variables du milieu extérieur sont aussi importants à considérer que les qualités personnelles. Je ne veux pas dire cependant que le fait d'avoir déterminé qu'une personne ne peut pas prendre les transports publics l'oblige à pouvoir n'envisager qu'un travail à domicile. C'est plutôt sur l'obstacle du milieu extérieur que représente l'inaccessibilité des transports qu'il faudrait se pencher pour le transformer, non sur le changement de la personne handicapée de sorte qu'elle puisse s'ajuster à un milieu extérieur inaccessible.

Les recherches faites dans le domaine de la réadaptation appliquées aux solutions en ce qui concerne l'aptitude au travail peuvent et doivent fournir une preuve solide de l'influence que représentent les facteurs du milieu extérieur et les qualités

personnelles. Car depuis trop longtemps les professionnels de la réadaptation ont eu tendance à accepter la situation extérieure comme non modifiable et se sont concentrés sur le fait que la personne handicapée constitue l'origine du problème. En orientant la recherche vers cette voie étroite, nous n'avons tous fait qu'ignorer la part importante occupée par le milieu extérieur. Et pis encore, étant donné cette négligence nous n'avons pas accepté la responsabilité d'alimenter le débat public de façon à montrer empiriquement le coût que représentent pour la société les barrières de notre milieu extérieur qui empêchent la pleine participation des personnes handicapées.

Vers une définition commune de l'aptitude au travail

Mes recherches dans la littérature sur le sujet ne m'ont pas permis de trouver ni une description commune de l'aptitude au travail ni une liste reconnue de ses composantes. Jusqu'à ce que nous reconnaissions les barrières du milieu extérieur et que nous nous mettions d'accord sur les qualités personnelles des personnes handicapées rattachées à l'aptitude au travail, nous ne pouvons que spéculer sur leurs conséquences.

L'aptitude au travail nécessite d'être définie de façon opérationnelle pour permettre une évaluation de ce qu'elle désigne spécifiquement. Il ne suffit pas de dire que les transports constituent un obstacle. Nous devons aussi apprendre à être très précis quant aux transports dont nous parlons, dans quelles conditions, sur quelle période, à quel prix, et pour qui ils représentent un obstacle.

Vers une approche fonctionnelle de l'aptitude au travail

Les diagnostics rapides sur lesquels on insiste actuellement en réadaptation sont inappropriés, induisent parfois en erreur et ne sont pas utilisés de façon logique. Ce qui est "bénin" pour une personne ne l'est pas toujours pour une autre. Pour comprendre les possibilités et l'aptitude au travail de l'homme, on ne peut regrouper les personnes sous un handicap précis ou sous une maladie déterminée. Tandis qu'il s'agit là de besoins pratiques de politiciens et d'administrateurs qui offrent des services ou des fonds à des individus répondant à des critères d'invalidité, le diagnostic médical traditionnel de l'invalidité est gravement vicié en tant qu'outil pour orienter une politique sociale et pour bien comprendre les possibilités de l'homme.

En second lieu, ces diagnostics rapides conduisent à collecter de mauvaises données sur l'aptitude au travail et à faire des erreurs dans l'analyse de ces données. Par exemple, le diagnostic connu comme infirmité motrice cérébrale est généralement assorti de la pensée que cette maladie constitue un handicap professionnel. On pense donc que plus l'infirmité motrice sera grave, plus grave sera également le handicap. De telles généralisations ne sont pas utiles.

De toutes les approches de l'évaluation de l'aptitude au travail, une approche fonctionnelle par indicateurs offre la façon la plus fiable de définir concrètement les facteurs contenus dans la notion (Administration des services de réadaptation, 1980). Pourtant, les indicateurs du milieu extérieur ont besoin de faire partie intégrante de l'approche globale. Grâce à cet effort nécessairement individualisé, on peut établir la fonction et la mesure selon laquelle elle peut être un indicateur en relation à plusieurs aspects du milieu extérieur. La personne ayant un handicap est non seulement la cible d'un changement, mais les obstacles du milieu extérieur maintenant précisés le sont aussi. L'approche fonctionnelle est plus prometteuse que celle qui prévaut actuellement dans le monde de la réadaptation et qui "catalogue" simplement les personnes en fonction d'un diagnostic et d'un degré perçu de handicap.

La dernière difficulté

Les recherches faites dans le domaine de la médecine et des soins médicaux ont donné aux personnes handicapées la possibilité de vivre plus longtemps que jamais dans l'histoire de l'humanité. Ces personnes qui auparavant seraient mortes vivent, et leur espérance de vie peut même se prolonger de plusieurs décennies. Ainsi, la société compte maintenant un nombre de plus en plus grand de personnes handicapées qui vivront probablement plus longtemps qu'avant, et dont les handicaps sont également plus importants qu'auparavant. Un comité parlementaire (Canada, 1981) a découvert que plus de deux millions de Canadiens sont mentalement ou physiquement handicapés, ce qui correspond environ à 10 % de la population du Canada.

Étant donné qu'il est possible d'indemniser les personnes handicapées, la solution la plus juste est que les tribunaux les indemnisent totalement pour qu'elles se trouvent dans la meilleure situation possible. Toutefois, dans l'intérêt de la justice et des droits de la personne, la cause du handicap ne devrait pas avoir d'importance. Avec ou sans indemnisation des tribunaux,

il faut encore que la société canadienne arrive à considérer les personnes handicapées comme pouvant participer pleinement à la vie "normale". Bien que l'on puisse expliquer cette situation de nombreuses façons, l'important est que l'on veuille vraiment préciser et supprimer ce qui fait obstacle à l'égalité des possibilités d'emploi.

On a noté au cours de la dernière décennie, un changement d'attitudes qui se reflète dans la promulgation des codes provinciaux des droits de la personne et celle de la Charte des droits et libertés. Bien que les conséquences de cette dernière restent encore à voir, un certain nombre d'auteurs (Lepofsky, 1985; Lepofsky & Bickenback, 1985) ont déjà écrit des articles sur la garantie de l'égalité des personnes handicapées, et sur les dispositions de l'article 15 (1)[3] qui interdit la discrimination en raison d'une déficience mentale ou physique.

Lepofsky (1985, p. 29) montre qu'on ne peut refuser aux personnes handicapées de participer à la vie de la société, et en particulier d'avoir un emploi, parce qu'on a sous-estimé leurs possibilités d'entreprendre un travail et d'en tirer profit. Ainsi, lorsqu'on évalue les possibilités physiques d'un candidat handicapé (qui remplit par ailleurs les conditions voulues) pour un certain travail, il faut tenir compte du fait que les avis sur cette aptitude peuvent maintenant être contestés aux termes de la Charte. Lepofsky croit qu'il faut établir les faits à partir de preuves incontestables et convaincantes, non par des intuitions, des impressions et des spéculations. De plus, la charge repose sur le défendeur (l'employeur) pour prouver que le handicap du demandeur le rend totalement incapable d'assumer les responsabilités essentielles inhérentes à l'emploi.

Pour parvenir à une évaluation juste et précise des capacités fonctionnelles des personnes handicapées, il faut examiner leurs possibilités en supposant qu'elles ont à leur disposition sur le lieu de travail le matériel et les installations qui leur conviennent. Cela peut comprendre notamment du matériel adaptatif, comme des lunettes, un changement de la méthode d'exécution d'un travail, des modifications du lieu de travail et des services personnels offerts sur place (Baker, 1983). Ce qui sera véritablement fait dépendra de ce que des personnes sensées pensent qu'il est raisonnable de faire.

Des installations adéquates sur le lieu de travail peuvent alors nécessiter des changements dans le milieu de travail lui-même. Avec l'approche fonctionnelle de l'évaluation de l'aptitude au travail, les obstacles du

milieu extérieur deviennent la cible des changements, non le candidat handicapé dûment qualifié. Ainsi, l'approche fonctionnelle préconisée plus haut est bien adaptée à la définition des obstacles à l'aptitude au travail du milieu extérieur.

Dans l'ère nouvelle qui s'annonce, la dernière difficulté sera de voir comment nous pouvons rapidement permettre aux Canadiens de participer à part entière à la vie de la société. Il nous faut élargir notre conception de l'aptitude au travail pour qu'elle comprenne les facteurs sociaux et ceux du milieu extérieur, ainsi que les qualités et les compétences personnelles. Ce faisant, nous pouvons nous orienter rapidement vers une concrétisation des critères importants de façon systmématique, et dans les trois secteurs qui permettent d'obtenir des résultats sur le plan de l'emploi. Les résultats pratiques d'une définition élargie de l'aptitude au travail, généralement acceptée et pratiquement définie, constituent la première étape de la recherche dans le domaine de la réadaptation professionelle, recherche qui reflète la portée actuelle de la législation sur les droits de la personne.[4]

BIBLIOGRAPHIE

Arnold v. Teno (1974). Dominion Law Reports, Vol. 67, troisième série, p. 9. Cour d'appel de l'Ontario; vol. 55, troisième série, p. 57, Cour supérieure de l'Ontario.

Arnold v. Teno (1978). Canadian Cases on the Law of Torts (Causes canadiennes sur le droit des délits). Vol. 3, p. 272, Cour suprême du Canada.

Baker David (1983). Essential duties, reasonable accommodation and constructive discrimination - The evolution of Human rights protection for the handicapped in Ontario (Devoirs essentiels: installations acceptables et discrimination implicite - L'évolution de la protection des droits de la personne pour les handicapés en Ontario). Toronto, Programme de la Société du barreau du Haut-Canada pour les droits de la personne.

Chambre des Communes du Canada (février 1981). Obstacles: troisième rapport du comité spécial sur les invalides et les handicapés, p. 131.

Conkin v. Smith (1978). Causes canadiennes sur le droit des délits. Vol. 5, p. 113, Cour suprême du Canada.

Cherniak E.A. & M.A. Sanderson (mars 1981). Indemnisation en cas de délits: dommages-intérêts pour blessures corporelles et décès. The Special Lecture Series, Société du barreau du Haut-Canada. Toronto: Richard DeBoo.

De Jong G. (juin 1981). Environmental accessibility and independent living outcomes, directions for disability policy and research (Accès aux bâtiments et résultats d'une vie indépendante, orientations pour une politique et une recherche sur les handicaps). East Lansing, Michigan: Centre universitaire pour la réadaptation internationale, Université de l'État du Michigan.

Lepofsky M.D. (1985). The Charter's guarantee of equality to the handicapped: Meeting the challenge of a new era (La garantie d'égalité de la Charte pour les handicapés: le défi d'une ère nouvelle). Article non publié.

Lepofsky M.D. & J.E. Bickenback (sous presse). Equality rights and physical disability (Droits à l'égalité et handicap physique). In Bayefsky & Eberts, Equality Rights and The Canadian Charter of Rights and Freedoms (Les droits à l'égalité et la Charte canadienne des droits et libertés). Toronto: Carswell.

Reardon J.D. (Éditeurs). Dunhill personal injury awards annotator, Dunhill Research and Development Limited, Tiroir 520, Yarmouth (Nouvelle-Écosse) (y compris la revue de février 1985).

Super D.E. (1957). The psychology of careers: An introduction to vocational development (La psychologie de la carrière: introduction au perfectionnement professionnel). New York: Harper, p. 18.

Taylor v. Bristol Omnibus (1975). All England Reports, Vol. 2, p. 1107, Cour d'appel.

Thornton et al. v. Board of School Trustees of School District, numéro 57 et al. (1976). Dominion Law Reports, vol. 57, troisième série, p. 438, Cour suprême de Colombie-Britannique; et Canadian Cases on the Law of Torts, 1978, vol. 3, p. 257, Cour suprême du Canada.

Rehabilitation Services Administration (Administration des services de réadaptation (ministère américain de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social (1980). Falls Church (Virginie): Indices.

Wipfli v. Britten (1978). Canadian Cases on the Law of Torts, vol. 22, p. 104, Cour suprême du Canada.

NOTES

[1] Plus récemment, une approche sophistiquée a été introduite devant les tribunaux pour déterminer la perte des chances de promotion et d'avancement pour un demandeur blessé qui retourne au travail après un accident. La technique connue sous le nom de "analyse de la courbe de la progression des gains" a été utilisée par des spécialistes de gestion des ressources humaines pendant des années dans le commerce et l'industrie. Cette technique a été apparemment appliquée pour la première fois dans la cause McTaggart-Cowan v. Air Canada, pour que le tribunal évalue les dommages. Pour la décision, voir la décision de Smith J., entendue le 11 avril 1983, devant la Cour supérieure de l'Ontario, résumée dans All Canada Weekly Summaries, vol. 19, 2e édition, p. 196. Pour une présentation de la technique et son application à la cause McTaggart-Cowan, voir G.A. Westcott: "Calculating loss of opportunity for career advancement: Clearing the clouds in the crystal ball" dans Advocates' Quarterly (octobre 1983), vol. 4, no 3, pp. 268-279.

[2] Les trois causes qui ont constitué cette "trilogie" ont été entendues devant des juges de l'Alberta, de Colombie-Britannique et de l'Ontario en 1974, et devant les juges de la Cour suprême du Canada en juin 1977 (Supreme Court Record, vol. 2, janvier 1978).

- Andrews et al. v. Grand & Toy Alberta Limited et al (1974), Western Weekly Reports, vol. 5, p. 675 et (1978) Supreme Court Record, vol. 2, p. 229.
- Teno et al. v. Arnold et al. (1974), Ontario Record, vol. 7, 2e édition, p. 276 et (1976) Ontario Record, vol. 11, 2e édition, p. 585, Supreme Court Record, vol. 2, p. 287.
- Thornton et al. v. School District n° 57 (Prince George) et al. (1978) Supreme Court Record, vol. 2, p. 267.

[3] L'article 15 (1) de la Charte stipule que: "La loi ne fait exception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques".

[4] Pour une étude plus poussée des décisions prises en vertu des codes provinciaux des droits de la personne, voir le Canadian Human Rights Reporter. Le volume 5, publié en juin 1984, présente une perspective historique sur l'évolution des droits de la personne dans le droit international, la Charte des Nations Unies et les apports importants du Canada. A strictement parler, il existe de nombreux liens entre les codes provinciaux des droits de la personne et la Charte des droits; ces codes peuvent offrir le seul recours pour une prétendue conduite discriminatoire entre particuliers contre une discrimination faite par un organisme public.

ADAPTATION DE LA FAMILLE LORSQU'UN DE SES MEMBRES A ÉTÉ VICTIME D'UN TRAUMATISME CRANIEN FERMÉ: CE QUE LES CONSEILLERS EN RÉADAPTATION PEUVENT EN TIRER

James W. Vargo, Ph. D.
Département d'ergothérapie
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Terry Karpman, M.Ed.
Département de psychologie
de l'éducation
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Sandra Wolfe, Ph. D.
Psychologue consultante
Hôpital général d'Edmonton
Edmonton (Alberta)

Cet exposé présente une partie d'une étude récemment terminée sur l'adaptation psychologique des parents de dix adultes victimes d'un traumatisme crânien. Des entrevues approfondies avec chacun des parents ont permis de dégager dix thèmes principaux et deux thèmes mineurs liés au processus d'adaptation. Nous analysons les résultats en fonction de leurs conséquences pour des méthodes d'intervention que la famille et l'individu peuvent utiliser pendant le processus de réadaptation.

Les traumatismes crâniens constituent un problème important dans toutes les parties du monde occidental (Jennett & Teasdale, 1981). Les dernières techniques médicales, en particulier dans le développement des traitements intensifs, ont entraîné la survie d'un nombre régulièrement croissant de personnes victimes d'un traumatisme crânien. Pour le Canada, les derniers chifrres indiquent 20 000 à 30 000 cas de traumatismes crâniens graves chaque année (Ivan, 1984).

Le fait le plus important tiré de ces constatations est que beaucoup de jeunes adultes victimes d'un traumatisme crânien grave, essaient pendant le reste de leur existence, de vivre avec des handicaps physiques, cognitifs et psychologiques permanents. Les personnes traumatisées ont non seulement à faire face à des problèmes chroniques d'adaptation qui limitent leur fonctionnement dans leurs milieux familial, professionnel et social (Wolfe, 1984), mais le noyau familial lui-même est souvent perturbé. Les familles sont touchées dès le

moment où se produit l'accident, et la nature de leurs tensions changent tout au long d'une convalescence vers une guérison lointaine et incertaine (Bond, 1983). Il est clair également que, pour qu'il y ait adaptation totale, il est nécessaire de considérer les besoins et les questions des familles à chaque étape du processus de réadaptation. Bray (1978) a indiqué que les familles des personnes traumatisées suivent, pour s'adapter, le même chemin que les traumatisés eux-mêmes, et Buchanan (1981) a analysé treize problèmes pratiques que les familles doivent régler, depuis la frustration avec le personnel du système médical jusqu'à la disparition éventuelle de la personne malade ou blessé. Pour ce qui est de l'aide apportée aux familles de personnes handicapées, Bishop, Epstein et Baldwin (1981) ont indiqué que le soutien à la famille entraîne un résultat positif en matière de réadaptation, que les familles ont besoin d'être formées dans un certain nombre de domaines, et que leur rôle est souvent profondément transformé par le handicap de l'un de leurs membres.

Autrefois, on a porté beaucoup plus d'attention à rétablir les fonctions physiques des personnes victimes de traumatisme crânien qu'à traiter les conséquences psychologiques et affectives du traumatisme. Il apparaît en général que les déficiences physiques chez les traumatisés crâniens ont beaucoup plus tendance à s'améliorer et, même si elles ne disparaissent pas, à engendrer moins de problèmes pour le malade et sa famille que les déficiences mentales (Bond, 1983; Lezak, 1978; Oddy, Humphrey & Uttley, 1978). Une fois que le traumatisé crânien sort de l'hôpital, c'est généralement aux membres de sa famille que revient la charge de s'occuper de lui; ils doivent alors faire face à une situation qu'ils connaissent peu (Bond & Brooks, 1976). Cela entraîne souvent des tensions familiales telles que le traumatisé peut se trouver rejeté.

De nombreuses études ont montré que les victimes d'un traumatisme crânien tout comme leur famille voient leur vie transformée, et que ces transformations entravent le processus global de réadaptation (Lezak, 1978; Mauss-Clum & Ryan, 1981). Les perturbations psychologiques postérieures au traumatisme peuvent prendre une quantité de formes, notamment l'anxiété chronique, l'irritabilité, l'impatience, la dépression, l'agitation, l'apathie, l'agressivité, ainsi que les difficultés de mémorisation et de concentration (Bond, 1983; Lishman, 1973; Miller, 1979; Thomsen, 1974). Bond et Brooks (1976) ont indiqué que l'attitude de la famille peut devenir pathologique lorsque son principal mécanisme de défense est de nier la gravité du traumatisme,

diminuant ainsi la possibilité d'accepter qu'une guérison ultérieure est peu probable. Rosenthal et Muir (1983) ont considéré les pertes ressenties par une personne victime d'un traumatisme crânien comme une "mort partielle" qui laisse les autres membres de la famille désorientés et désorganisés parce qu'ils ne savent pas de qui porter le deuil. Selon Rosenthal et Muir (1983), l'adaptation de la famille lorsqu'un de ses membres a été victime d'un traumatisme crânien fermé est différente de l'adaptation à la situation provoquée par la plupart des autres blessures en raison du fait que les traumatisés crâniens donnent souvent des preuves suffisantes d'amélioration pour opposer un refus prolongé et pathologique. Le refus comme mécanisme de défense peut être considéré comme une adaptation pendant la phase initiale, mais devient ultérieurement pathologique et, par sa nature même, entrave l'adaptation de la famille. Bond (1983) a indiqué que le refus de reconnaître la situation dans les familles dont l'un des membres a été victime d'un traumatisme crânien fermé peut durer beaucoup plus longtemps que dans les familles de victimes ayant d'autres handicaps. Ceci est particulièrement pertinent en ce que, selon Bond (1983), il peut s'écouler de un à deux ans avant que les familles avec un traumatisé crânien arrivent à comprendre les conséquences du traumatisme et à nourrir des espoirs réalistes. Ce long processus de guérison peut constituer un grand obstacle à la réadaptation d'un traumatisé crânien.

À la lumière de ces considérations, le présent exposé est le prolongement d'une partie d'une étude antérieure (Karpman, Wolfe & Vargo, sous presse) où les auteurs avaient étudié les questions importantes de l'adaptation psychosociale des parents de traumatisés crâniens adultes. Nous concluons notre exposé en recommandant dix méthodes d'intervention de la famille fondées sur une intégration des thèmes dégagés et sur la documentation existant dans le domaine.

Méthodologie

La présente étude visait à permettre une compréhension plus globale des problèmes d'adaptation et des questions critiques rencontrées par la famille proche (dans ce cas les parents) des traumatisés crâniens adultes. Nous avons tenté de dégager des thèmes communs liés au processus d'adaptation. Ces thèmes ont été trouvés en reprenant les méthodes employées par Vargo (1984). Des entrevues approfondies ont fourni les données de cette étude.

Échantillon

Les participants étaient les parents de dix victimes de traumatisme crânien qui avaient suivi un traitement médical dans un grand hôpital urbain de réadaptation. Les traumatisés crâniens avaient entre 17 et 24 ans et étaient célibataires au moment de l'accident. Chaque sujet avait subi un traumatisme crânien fermé grave entraînant un coma d'au moins six heures et une amnésie post-traumatique d'au moins 24 heures. Tous les traumatismes étaient survenus de un à cinq ans avant que les parents ne soient interviewés pour cette étude. Le QI moyen WAIS-R des sujets traumatisés étaient, après le traumatisme, de 93, et chacun tombait dans un écart type d'un QI moyen. Les entrevues ont duré de une à cinq heures et elles ont toutes été enregistrées.

Analyse

Les transcriptions de toutes les entrevues ont été analysées par deux personnes qui ont utilisé une synthèse des oeuvres de Colaizzi (1978), de Collier et Kuiken (1976) et de Vargo (1984).

Dans chaque entrevue, nous avons recherché les déclarations s'appliquant spécifiquement à l'expérience d'adaptation que nous étudions. Nous avons réduit les longues descriptions aux idées essentielles en prenant soin de préserver l'esprit de l'idée exprimée. Tout ce qui contenait les mêmes idées essentielles a été regroupé en catégories que nous avons appelées thèmes. Puis nous avons comparé ces thèmes aux descriptions originales afin de les valider. Les thèmes ont alors été divisés en thèmes principaux et en thèmes mineurs. Nous avons considéré un thème comme principal lorsqu'au moins 50 % des sujets avaient exprimé la même idée. Les thèmes mineurs étaient ceux pour lesquels de 33 à 49 % des sujets avaient exprimé la même idée. Les idées exprimées par moins d'un tiers des sujets ont été considérées comme étant le fait de différences individuelles et ont été supprimées de l'analyse ultérieure. Nous sommes parvenus à une fiabilité entre les deux transcripteurs en demandant à un psychologue indépendant de refaire les étapes précédentes avec les données de cinq sujets sélectionnés aléatoirement.

Résultats

De nombreux éléments vécus par un traumatisé crânien étaient communs à la plupart des participants, sinon tous. Globalement, nous avons dégagé pour les parents

dix thèmes principaux et deux thèmes mineurs. De nombreux thèmes ont été exprimés de façon répétée. Les thèmes présentés en premier traduisent les questions qui se sont révélées essentielles dans la période suivant immédiatement l'accident, tandis que les derniers thèmes concernent les questions qui se sont révélées importantes au cours des derniers stades (jusqu'à cinq ans après le traumatisme) ou celles qui revenaient constamment.

Premier thème (principal) - Attitude positive, espoir et optimisme. La plupart des parents ont exprimé le besoin d'adopter une perspective positive tant pour eux que pour leur enfant traumatisé. Ils ont senti qu'il était nécessaire de croire fermement que l'amélioration se poursuivrait de jour en jour et qu'elle nécessitait un encouragement de leur part pour que le sujet traumatisé continue à vivre.

Deuxième thème (principal) - Soin et attention constantes. Les parents avaient tendance à rester au côté de leur enfant traumatisé aussi longtemps que possible et à lui parler continuellement pour le stimuler.

Troisième thème (principal) - Religion solidement ancrée. La religion jouait un rôle important dans la vie de la plupart des parents qui sentaient qu'ils avaient besoin de quelqu'un de plus fort qu'eux sur qui compter, que cette déité veillait sur eux et les aidait à traverser cette période particulièrement difficile.

Quatrième thème (principal) - Résistance, persévérance et force intérieure. La plupart des parents ont parlé de mettre de côté de nombreux aspects de leur vie afin de trouver la force de se concentrer pour arriver à vivre chaque journée. Nombreux sont ceux qui ont exprimé le sentiment qu'ils ne savaient pas d'où leur venait l'énergie pour continuer à mener leur vie.

Cinquième thème (principal) - Cohésion et collaboration au sein de la famille. La plupart des parents ont exprimé le fait que cette expérience difficile a rapproché les membres de la famille toute entière et qu'ils ont mis en commun leurs ressources pour faire face à la situation.

Sixième thème (mineur) - Thérapie sous forme d'exercices physiques et de stimulation cognitive. Certains parents ont indiqué qu'il était important de sentir qu'ils participaient activement à la guérison de leur enfant. Ils passaient de nombreuses heures à jouer aux cartes ou à d'autres jeux et, en général, à essayer d'ôter de l'esprit du traumatisé le souvenir de l'accident.

Septième thème (principal) - Systèmes extérieurs de soutien. Certains parents ont senti que le soutien

extérieur était plus fort que les autres. Ceux qui bénéficiaient vraiment d'un tel soutien appréciaient l'aide supplémentaire qui leur était ainsi offerte. Les parents qui ne pouvaient pas voir facilement d'amis ou de voisins ont exprimé le souhait d'en avoir la possibilité de façon à pouvoir un peu se décharger du soin et de l'attention constantes qu'ils devaient porter à leur enfant.

Huitième thème (mineur) - Lutte pour l'acceptation. Certains parents ont dit qu'une des difficultés majeures était d'accepter la réalité de l'accident et d'arriver à se rendre compte que l'enfant qu'ils connaissaient maintenant n'était plus le même que celui qu'ils avaient connu avant le traumatisme.

Neuvième thème (principal) - Rôle de conseiller et d'orienteur. Certains parents ont été amenés à jouer le rôle de conseiller et d'orienteur afin de remettre leur enfant sur la bonne voie. Ces parents étaient souvent des confidents.

Dixième thème (principal) - Surprotection. De nombreux parents avaient le sentiment que leur enfant était vulnérable, fragile et impuissant, ce qui les amenait à le protéger parce qu'il n'était pas suffisamment fort pour affronter seul le monde. En même temps, ces parents essayaient d'arriver à réaliser qu'ils ne seraient pas toujours auprès de leur enfant pour veiller sur lui.

Onzième thème (principal) - Problèmes financiers. Cinquante pour cent des parents ont parlé de la charge financière que représentent les soins d'un enfant traumatisé. Le manque d'argent ajoutait encore à une situation déjà difficile.

Douzième thème (principal) - Tension affective. Presque tous les parents ont dit éprouver certains types de tension affective. Faire recouvrer la santé à des traumatisés crâniens minait les forces de beaucoup.

Recommandations pour l'orientation

À partir d'une analyse de la littérature existant sur le sujet et de l'expérience vécue par les parents interviewés pour la présente étude, nous proposons un certain nombre de recommandations. Nous les présentons en reconnaissant combien il est important que tout le personnel des équipes médicales soit sensible aux besoins et aux questions des familles afin d'établir la confiance et la collaboration nécessaires pour que l'adaptation de la part de tous les membres de la famille soit réussie. Nous devrions également mentionner que, bien que les recommandations concernent explicitement les parents de

traumatisés crâniens, il est probable que beaucoup d'entre elles peuvent s'appliquer également bien à des situations où le traumatisé crânien est un parent ou un conjoint.

1) Probablement plus que tout autre chose, les membres de la famille ont besoin d'un soutien affectueux et non critique (Bishop et al., 1981; Jacus 1981; Montgomery, 1984). Les conseillers se trouvent dans une situation tout à fait unique pour faire sentir aux membres de la famille que quelqu'un d'autre comprend vraiment leur situation et se rend compte des difficultés (thème n° 7).

2) De la même façon, la famille a besoin de savoir que d'autres ont vécu ou vivent la même expérience, de façon qu'elle ne se sente pas "seule face au monde" (thème n° 7). À cet égard, le soutien de groupes composés de personnes dans la même situation peut être particulièrement utile (Diehl, 1983; Rosenthal & Muir, 1983).

3) Les conseillers peuvent également aider les parents à comprendre que leurs sentiments négatifs (par exemple, la colère, la frustration et la culpabilité) constituent une part normale du chagrin et peuvent être exprimés (Buchanan, 1981; Fortier & Wanlass, 1984; Jacus, 1981; Lezak, 1978; Montgomery, 1984). À cet égard, Kornblum & Anderson (1982) ont indiqué que puisqu'on ne sait pas exactement comment les autres enfants ou leur famille seront touchés par une série de handicaps, il est plus approprié de considérer le chagrin des parents comme continu ou périodique plutôt que comme une réaction négative que l'on doit dépasser pour pouvoir "accepter". (thème n° 12).

4) Il est nécessaire également que la famille accepte de continuer à mener aussi sa propre vie (Lezak, 1978). Elle ne peut pas toujours se trouver uniquement aux côtés du traumatisé (thème n° 2). De la même façon, Montgomery (1984) a souligné combien il était important que les membres de la famille mènent une vie aussi normale que possible et passent du temps ensemble indépendamment du traumatisé.

5) Les conseillers peuvent aider la famille à comprendre qu'il est permis et approprié de demander de l'aide quand elle en ressent la nécessité. Le type d'aide nécessaire peut prendre de nombreuses formes, notamment une aide financière ou la présence d'une personne qui soulage périodiquement les membres de la famille de leur devoir de gardien (thèmes n°s 2, 7, 11).

6) La famille doit être informée (Bishop et al., 1981; Diehl, 1983; Fortier & Wanlass, 1984; Rosenthal & Muir, 1983). Les parents ont souvent besoin de renseignements sur des sujets élémentaires comme la préparation de la sortie de l'hôpital (Jacus, 1981) et la façon de s'occuper physiquement du traumatisé une fois qu'il en est sorti. De la même façon, le conseiller peut donner des renseignements sur ce qu'il est possible d'attendre du traumatisé crânien quant à ce qu'il pourra faire dans l'avenir (Jacus, 1981), et ainsi aider la famille à faire face à la réalité du handicap (thème n° 8).

7) La famille a besoin de comprendre que malgré tous les efforts qu'elle peut faire, elle ne peut changer la réalité médicale de la situation du traumatisé crânien (Lezak, 1978). Il est néanmoins très important que les membres de la famille se perçoivent comme ayant une certaine influence sur le processus de réadaptation du traumatisé, c'est-à-dire qu'ils sentent qu'ils participent activement au processus global de réadaptation (thème n° 6). Selon la nature des troubles du comportement et le degré de conscience du traumatisé, il se peut que les parents aient besoin d'apprendre des techniques d'amélioration du comportement. Ils peuvent ainsi réagir à un comportement inapproprié en le comprenant et en utilisant la méthode qui convient plutôt que par la colère, l'hostilité ou la surprotection. Certains parents peuvent également avoir besoin d'apprendre à donner des signes et des informations qui aident le traumatisé à faire face aux déficiences cognitives comme le manque de mémoire et les problèmes d'apprentissage.

8) Les parents doivent, en particulier lorsque l'enfant vit dans la famille, arriver à mettre sur pied une organisation pratique quant au temps qu'ils peuvent consacrer de façon réaliste à chaque membre de la famille (Lezak, 1978). Ceci nécessite souvent des adaptations à de nouveaux rôles de la part de tous les membres de la famille (Rosenthal & Muir, 1983) afin d'exécuter les travaux que ne peut plus faire le traumatisé crânien. Il est facile pour des parents ou des frères affectueux et dévoués de se donner tant qu'ils finissent par s'épuiser (thèmes n°s 9 et 10), ou d'encourager involontairement la dépendance du traumatisé.

9) Les conseillers peuvent aider les membres de la famille à mettre leurs ressources en commun pour s'occuper sur le plan physique et affectif du traumatisé crânien (Friedrich, 1977). Freeman (1981) a exposé la question comme suit: "Le thérapeute doit reconnaître l'effet du handicap sur le comportement de la famille tout en reconnaissant la façon dont la famille peut trouver en elle-même les ressources pour faire face à ses besoins et à ses difficultés" (p. 187). Dans la présente étude, les parents ont souvent montré comment cette expérience avait rapproché les membres de la famille et comment ils avaient mis leurs ressources en commun pour faire face à la situation (thème n° 5).

10) Les conseillers peuvent également aider les membres de la famille à utiliser leurs points forts actuels; par exemple, les croyances religieuses (thèmes n°s 1, 3 et 4). Comme Jacus l'a exprimé (1981): "L'un des services les plus valables qu'un professionnel de la santé peut sans doute rendre est d'aider les personnes à évaluer leurs propres ressources" (p. 11).

Conclusion

Offrir une orientation aux familles de traumatisés crâniens adultes présente une gageure pour les professionnels de la santé, malgré toutes leurs compétences et leur flexibilité. Le thérapeute qui entreprend d'orienter ces familles doit non seulement avoir les compétences habituelles propres à son métier

mais doit également bien connaître les réalités des lésions cérébrales et le type particulier de chagrin de la famille. À mesure que la famille avance dans le processus de guérison, le rôle du conseiller passe de celui d'éducateur à celui de thérapeute familial chargé de faciliter les changements de rôle puis à celui d'instructeur de modification du comportement, et à celui d'animateur. Pourtant, dans tous ces rôles, le conseiller doit rester un soutien chaleureux et un défenseur de la famille. Inutile de dire qu'il est sans doute nécessaire de bénéficier des compétences de plus d'une personne pour remplir tous ces rôles. La prochaine étape de nos recherches est de voir s'il serait efficace d'introduire une orientation à long terme dans le processus de réadaptation et de mettre en évidence les éléments et les méthodes qui sont efficaces avec cette clientèle. Globalement, le recours à l'orientation pour les familles de traumatisés crâniens adultes est prometteur pour soulager les problèmes affectifs et indiquer des moyens de faire face à la situation. L'orientation peut prévenir la désintégration de nombreuses familles, ce qui laisse souvent le traumatisé seul et dépendant de la société pendant toute sa vie.

BIBLIOGRAPHIE

Bishop D., N. Epstein & L. Baldwin (1981). Disability: A family affair (Le handicap: une histoire de famille). In D.S. Freeman & B. Trute (Eds.), Treating families with special needs, (pp. 3-14). Ottawa (Ontario): Alberta Association of Social Workers et Association canadienne des travailleurs sociaux.

Bond M.R. (1983). Effects on the family system (Les effets sur le système familial). In M. Rosenthal, E.R. Griffith, M.R. Bond & J.D. Miller (Editeurs). Rehabilitation of the head injured adult (pp. 209-217). Philadelphia: F.A. Davis.

Bond M.R. & D.N. Brooks (1976). Understanding the process of recovery as a basis for the investigation of rehabilitation for the brain injured (Comprendre le processus de guérison pour réadapter les traumatisés crâniens). Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 8, 127-133.

Bray G.P. (1978). Rehabilitation of spinal cord injured: A family approach (La réadaptation des victimes de lésions de la moelle épinière au sein de la famille). Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 9(3), 70-78.

Buchanan K. (1981). The impact of critical illness on the family: Stresses and responses. In D.S. Freeman & B. Trute (Editeurs). Treating families with special needs (pp. 207-217). Ottawa (Ontario): Alberta Association of Social Workers et Association canadienne des travailleurs sociaux.

Colaizzi P.F. (1978). A phenomenological study of the experience of poetry (Une étude phénoménologique de l'expérience poétique). Journal of Phenomenological Psychology, 7, 209-225.

Diehl L.N. (1983). Patient-family interaction (La relation entre le malade et la famille). In M. Rosenthal, E.R. Griffith, M.R. Bond & G.D. Miller (Editeurs), Rehabilitation of the head injured adult (pp. 395-406). Philadelphia: F.A. Davis.

Fortier L.M. & R.L. Wanlass (1984). Family crisis following the diagnosis of a handicapped child (Les difficultés familiales après le diagnostic d'un enfant handicapé). Family Relations, 33, 13-24.

Freeman D.S. (1981). Family systems thinking and the helping process: Misconceptions and basic assumptions (Réflexions familiales et processus d'assistance: idées fausses et hypothèses de base). In D.S. Freeman & P. Trute (Editeurs), Treating families with special needs (pp. 187-197). Ottawa (Ontario): Alberta Association of Social Workers et Association canadienne des travailleurs sociaux.

Friedrich W. (1977). Ameliorating the psychological impact of chronic physical disease on the child and the family (Amélioration de l'effet psychologique d'une maladie physique chronique sur l'enfant et la famille). Journal of Pediatric Psychology, 2, 26-31.

Ivan L.P. (1984). The impact of head trauma on society (Conséquences sociales du traumatisme crânien). Canadian Journal of Neurological Sciences, 11, 417-420.

Jacus C.M. (1981). Working with families in a rehabilitation setting (Travail avec les familles dans le secteur de la réadaptation). Rehabilitation Nursing, 6(3), 10-14.

Jennett B. & G. Teasdale (1981). Management of head injuries (Traitement des traumatismes crâniens). Philadelphia: F.A. Davis.

Karpman T., S. Wolfe & J.M. Vargo (sous presse). The psychological adjustment of adult clients and their parents following closed-head injury (Adaptation psychologique d'adultes et de leurs parents après un traumatisme crânien). Journal of Applied Rehabilitation Counseling.

Kornblum H. & B. Anderson (1982). "Acceptance" reassessed - A point of view (L'"acceptation" réévaluée - un point de vue). Child Psychiatry & Human Development, 12, 171-178.

Lezak M.D. (1978). Living with the characterologically altered brain injured patient (Vivre avec un malade dont les lésions cérébrales ont altéré son caractère). Journal of Clinical Psychiatry, 39, 592-598.

Lishman W.A. (1973). The psychiatric sequelae of head injury: A review (Les séquelles psychiatriques des traumatismes crâniens: une vue d'ensemble). Psychological Medicine, 3, 304-318.

Mauss-Clum N. & O.K. Ryan (1981). Brain injury and the family (Les traumatismes crâniens et la famille des traumatisés). Journal of Neurosurgical Nursing, 13, 165-169.

Miller E. (1979). The long-term consequences of head injury: A discussion of the evidence with special reference to the preparation of legal reports (Les conséquences à long terme d'un traumatisme crânien: une discussion des preuves avec des références particulières à la préparation de rapports juridiques). British Journal of Social and Clinical Psychology, 18, 87-98.

Montgomery S.I. (1984). A head-injured teen goes home: A parent's perspective (Un adolescent traumatisé crânien rentre à la maison: la perspective d'un parent). Virginia Nurse, 52(1), 31-33.

Oddy M., M. Humphrey & D. Uttley (1978). Stresses upon the relatives of head injured patients (Les tensions éprouvées par les parents des traumatisés crâniens). British Journal of Psychiatry, 133, 507-513.

Rosenthal M. & C.A. Muir (1983). Methods of family intervention (Les méthodes d'intervention de la famille). In M. Rosenthal, E.R. Griffith, M.R. Bond & J.D. Miller (Editeurs). Rehabilitation of the head injured adult (pp. 407-419). Philadelphia: F.A. Davis.

Thomsen I. (1974). The patient with severe head injury and his family (La victime d'un traumatisme crânien grave et sa famille). Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 6, 180-183.

Vargo F.A. (1984). Adaptation to disability by the wives of spinal cord males: A phenomenological approach (Adaptation des femmes au handicap de leur mari ayant eu une lésion de la moelle épinière: une approche phénoménologique). Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 15(1), 28-32.

Wolfe S. (1984). The role of problem solving in the long term readjustment of closed head injured adults (Le rôle de la résolution de problèmes dans la réadaptation à long terme d'adultes ayant eu un traumatisme crânien fermé). Thèse de doctorat non publiée, Université de l'Alberta, Edmonton.

LA DÉSENSIBILISATION SYSTÉMATIQUE D'UNE MUETTE ÉLECTIVE DÉFICIENTE MENTALE COMME COMPLÉMENT À SA FORMATION PROFESSIONNELLE

Peter A. Wyngaarden
Université McMaster

John R. Davis
Université McMaster
et Hôpital Chedoke

Joanna Christensen
Hôpital Chedoke
Hamilton (Ontario)

Charles E. Cunningham
Université McMaster
et Hôpital Chedoke

RÉSUMÉ

Cette étude décrit la mise au point et les premiers stades d'un programme de traitement pour une jeune adulte qui présente un schéma comportemental de mutisme électif. Nous avons analysé la nature du mutisme électif et les différentes méthodes de traitement. Les sujets d'intérêt que ce cas permet de présenter sont la description d'une muette élective adulte et l'application de la désensibilisation systématique au mutisme électif. Le cas traité ici permet de montrer les effets négatifs de troubles du comportement social sur le rendement professionnel, et comment on a tenté de remédier au problème. Ce rapport souligne l'importance d'évaluer et de traiter les troubles du comportement social et adaptatif pendant le processus de formation professionnelle afin de permettre une meilleure adaptation au milieu de travail.

LA DÉSENSIBILISATION SYSTÉMATIQUE D'UNE MUETTE ÉLECTIVE DÉFICIENTE MENTALE COMME COMPLÉMENT À SA FORMATION PROFESSIONNELLE

La formation professionnelle et la réadaptation de sujets déficients mentaux deviennent un sujet de préoccupation grandissant étant donné les tendances récentes vers la désinstitutionalisation et l'intégration communautaire (Bassuck & Gerson, 1978; Menolascino & Eaton, 1980; Rosen & Clark, 1977; Stacy, Doleys & Bruno, 1983). La compétence professionnelle, par exemple, est

liée à une adaptation réussie à la vie de la communauté (Menchetti, Rusch & Owens, 1983; Schalock & Harper, 1978; Schalock, Harper & Carver, 1981; Scheerenberger, 1976; Scheerenberger & Felsenthal, 1977). Prévoir une formation professionnelle pour les déficients mentaux nécessite de porter attention à au moins deux secteurs principaux (Halpern, Lehmann, Irvin & Henry, 1982). Le premier secteur plus traditionnel touche le fonctionnement intellectuel, les aptitudes, les capacités et les intérêts. Le deuxième touche les comportements social et adaptatif qui peuvent soit faciliter le rendement professionnel soit l'entraver. Jusqu'à récemment, presque tous les efforts de recherche se sont portés sur le premier secteur plus traditionnel et visaient à améliorer le rendement professionnel ou la production (Martin & Pallotta-Cormick, 1979; Rusch & Schutz, 1981). Envisager une modification des comportements social et adaptatif est une chose qui a été relativement négligée. Cet article a pour but de présenter un cas où un trouble du comportement a eu un effet défavorable sur la réadaptation et le rendement professionnels. en alanlysant le cas et le traitement suivi, nous aimerions souligner l'importance de s'occuper à la fois du comportement adaptatif et du rendement professionnel dans la réadaptation des déficients mentaux.

Mutisme électif

Le cas est celui d'une jeune femme adulte qui présente un schème de comportement de mutisme électif. La caractéristique essentielle de ce trouble du comportement est que la cliente ne parle que dans des endroits familiers, avec la famille ou des connaissances intimes (Association psychiatrique américaine, 1980). Dans le cadre de ces situations sociales pourtant, l'élocution est très facile. Ce trouble est habituellement diagnostiqué lorsque l'enfant va pour la première fois à l'école et qu'il refuse de parler (Croghan & Craven, 1982; Cunningham, Cataldo, Mallion & Keyes, 1983; Kolvin & Fundudis, 1981; Kupietz & Schwartz, 1982). Dans 90 pour cent des cas notés à l'inscription à l'école, une amélioration se produit spontanément pendant la première année scolaire (Brown & Lloyd, 1975). La persistance du trouble au-delà des deux premières années scolaires est extrêmement rare (Kolvin & Fundudis, 1981), et Goll (1979) déclare que le mutisme électif est "inconnu après l'âge de la puberté" (p. 64).

Facteurs associés

Plusieurs caractéristiques associées au mutisme électif sont controversées. De nombreux auteurs remarquent une incidence plus élevée des troubles de la parole chez les muets électifs que dans la population en général (Cunningham et al., 1983; Kolvin & Fundudis, 1981; Kupietz & Schwartz, 1982; Richards & Hansen, 1978; Wergeland, 1979). On suppose que ces troubles ont un intérêt du point de vue étiologique car le mutisme électif peut être un comportement qui est renforcé par le soin que met la personne à éviter l'embarras et la critique lorsqu'elle parle (Kupietz & Schwartz, 1982; Wergeland, 1979). Aucune mention n'est pourtant faite de troubles de la parole dans de nombreux cas récents (Austad, Sininger & Stricklin, 1980; Croghan & Craven, 1982; Lipton, 1980; Morin, Ladouceur & Cloutier, 1982; Sanok & Striefel, 1979).

Un autre secteur controversé est celui des facteurs intellectuels. Certains auteurs remarquent chez les muets électifs un QI en dessous de la moyenne (Kolvin & Fundudis, 1981) tandis que d'autres prétendent que ce QI tend à être moyen ou au-dessus de la moyenne (Ambrosino & Alessi, 1979; Colligan et al., 1977; Lipton, 1980; Rosenberg & Lindblad, 1978).

Parmi les autres facteurs liés au mutisme électif, on note une plus grande fréquence des troubles du comportement et de la personnalité (Croghan & Craven, 1982; Cunningham et al., 1983; Kolvin & Fundudis, 1981; Kupietz & Schwartz, 1982), et une tendance au fait que ce trouble affecte les femmes plus souvent que les hommes (Cunningham et al., 1983; Kolvin & Fundudis, 1981; Wergeland, 1979).

Enfin, on a associé le mutisme électif à plusieurs facteurs familiaux tels que le désaccord au foyer (Ambrosino & Alessi, 1979) ainsi que des troubles de personnalité des parents (Kolvin & Fundudis 1981). Cunningham et al. (1983), pourtant, remarquent que la méthodologie et les processus d'échantillonnage varient selon les études et remarquent que Brown et Lloyd (1975) n'ont trouvé aucune preuve de désaccord grave dans les familles de muets électifs. Un milieu culturel minoritaire (Bradley & Sloman, 1975), le bilinguisme (Croghan et Craven, 1982), et l'isolement physique et social (Goll, 1979; Wergeland, 1979) sont des situations qui ont également tendance à se retrouver plus fréquemment dans ce groupe.

Les divers facteurs associés au mutisme électif ont conduit plusieurs auteurs à élaborer la théorie qu'il existe deux sous-groupes de muets électifs (Croghan &

Craven, 1982; Cunningham et al., 1983). Les membres du premier sous-groupe manifestent une importante angoisse sociale (Croghan & Craven, 1982) avec des symptômes négativement renforcés par le soin à interrompre ou à éviter les occasions de parler (Cunningham et al., 1983; Kupietz & Schwartz, 1982). Les membres du second sous-groupe montrent des troubles multiples de la personnalité ou du comportement et semblent essayer de manipuler de façon coercitive le milieu pour attirer son attention (Wergeland, 1979) ou en tirer un autre bénéfice secondaire (Croghan & Craven, 1982; Cunningham et al., 1983; Kolvin & Fundudis, 1981; Kupietz & Schwartz, 1982). Croghan et Craven (1982) remarquent que ce second sous-groupe est probablement celui qui résiste le plus au traitement. Etant donné l'hétérogénéité des muets électifs, il est nécessaire, avant de commencer le traitement, d'évaluer avec soin les modes particuliers d'élocution, les facteurs étiologiques et les autres caractéristiques qui se produisent dans un cas particulier.

Traitement

Un certain nombre de méthodes ont été utilisées pour traiter le mutisme électif. Les thérapeutes psychanalytiques ont insisté sur le fait qu'on ne peut demander directement au client de parler (Ambrosino & Alessi, 1979). Le mutisme électif est considéré comme étant symptomatique d'une pathologie sous-jacente, et l'on a utilisé des approches indirectes (Anthony, 1977; Heimlich, 1981) pour gagner la confiance du client, pour examiner la pathologie sous-jacente et pour permettre une diminution des régressions. Bien que la littérature sur le sujet montre de bons résultats, l'efficacité du traitement n'est pas nécessairement prouvée puisqu'il n'existe aucun groupe de contrôle et que les symptômes du mutisme électif peuvent disparaître spontanément. On ne répond pas non plus toujours à la question de la généralisation au-delà du milieu du traitement.

Ceux qui se sont orientés vers une dynamique de groupe ou ont une vue sociologique du mutisme électif ont insisté sur la nécessité de faire participer toute la famille à la thérapie (Goll, 1979; Kolvin & Fundudis, 1981; Rosenberg & Lindblad, 1978). Ils n'ont cependant pas passé sous silence la nécessité d'un travail supplémentaire et direct avec le muet électif, que cette thérapie soit traditionnelle (Goll, 1979) ou comportementale (Rosenberg & Lindblad, 1978). Cunningham et al. (1983) font cependant remarquer que l'apport relatif de

la thérapie familiale et des interventions qui y sont liées reste à évaluer.

Certains auteurs ont observé une amélioration spontanée des symptômes après le déplacement du client dans un milieu entièrement nouveau (Wergeland, 1979; Zondlo & Scanlan, 1983). Ces auteurs suggèrent donc un changement de lieu comme méthode possible d'intervention. Bien que cette suggestion ne repose pas sur des bases théoriques mais pratiques, les résultats positifs ont été insuffisants pour être concluants (Wergeland, 1979).

Les interventions récentes au niveau du comportement ont consisté principalement en des programmes de disparition des stimili, avec ou sans renforcement positif (Austad et al., 1980; Lipton, 1980; Richards & Hansen, 1978). Cunningham et al. (1983) font remarquer que ces deux procédés sont fonctionnellement semblables puisque tous deux sont prévus pour des muets électifs angoissés et tentent de réduire l'angoisse liée à la parole chez des sujets particuliers. Le renforcement sans disparition des stimuli n'a été efficace que lorsqu'il y a un discours élémentaire (Morin et al., 1982) et donc que lorsqu'il s'agit, selon un diagnostic plus précis, d'une réticence à parler plutôt que d'un mutisme électif. Une désensibilisation in vivo a également été utilisée. La méthode de désensibilisation semble particulièrement appropriée (Sanok & Ascione, 1979) si l'on considère son efficacité dans le traitement de phobies circonscrites et la similitude de ces troubles avec le mutisme électif.

Bien que les traitements du comportement aient souvent été efficaces, on remarque que pour nombre d'entre eux les variables dépendantes n'ont pas été bien choisies ni précisées, que l'on n'a pas analysé la généralisation du changement de comportement et que l'on n'a pas évalué rigoureusement le comportement avant l'application du traitement (Sanok & Ascione, 1979). Ainsi, malgré une littérature importante sur le mutisme électif, il est encore nécessaire de procéder à des interventions expérimentales, bien documentées et soigneusement contrôlées.

Le cas suivant est intéressant pour plusieurs raisons. Il présente une méthode de traitement prévue pour résoudre un problème comportemental qui a entravé la formation professionnelle. Un aspect important de l'intervention est qu'elle est pratiquée par les parents de la cliente et par le superviseur de l'atelier. Ce cas permet également de présenter le traitement suivi par le muet électif le plus âgé connu jusqu'ici. Nous décrivons de plus la première application de la désensibilisation systématique à un cas de mutisme électif.

Méthodes et résultats

La cliente

La cliente est une femme de 28 ans déficiente mentale. Son degré de déficience déterminé en fonction de son intelligence et de son comportement adaptatif, est modéré. Elle vit chez ses parents dans une agglomération assez isolée, mais qui se trouve à une demi-heure de voiture de la ville où elle travaille dans un atelier protégé. Elle nous a été référée en raison de l'effet négatif de son mutisme électif sur son programme de formation professionnelle et sur son adaptation sociale à l'atelier, c'est-à-dire qu'elle ne pouvait pas poser de questions pour obtenir de l'aide de son superviseur ni donner de renseignements lorsque c'était nécessaire. De même, elle ne pouvait tenir une conversation avec ses collègues ce qui, par contrecoup, limitait son développement de relations positives avec ses semblables.

Le cas a été défini comme un paradigme d'évitement phobique à partir de plusieurs observations. Les parents ont remarqué que notre cliente n'aimait pas attirer l'attention sur elle-même et qu'elle allait jusqu'à quitter la pièce pour tousser ou éternuer. Parmi les facteurs qui semblent contribuer au mutisme, on note le manque de familiarité avec l'interlocuteur, l'âge de cet interlocuteur (elle parle aux enfants), le niveau de bruit du milieu, la nécessité de s'affirmer, la présence d'étrangers et l'absence d'un entourage familier. Enfin, la cliente avait mentionné à ses parents qu'elle désirait beaucoup pouvoir parler.

D'autres facteurs pourraient avoir une certaine importance, notamment le tempérament timide de la cliente et de légères difficultés d'élocution. Parmi les facteurs cognitifs, on note l'idée qu'elle se fait qu'on va rire d'elle et que, si elle parle, elle ne va pas s'adapter à ses semblables. Le fait que ses parents parlent à sa place et renforcent probablement la communication non verbale en dehors de la maison ou en présence d'étrangers constitue une variable qui la maintient dans sa situation. De plus, la communication non verbale a atteint des niveaux sophistiqués avec des gestes, des jeux de physionomie et parfois des notes écrites.

De façon surprenante, la cliente parlera virtuellement à n'importe qui au téléphone quand elle est chez elle. Nous avons donc commencé à faire des appels téléphoniques à notre cliente de façon à pouvoir créer avec elle une relation de confiance; nous avons continué ces appels pendant tout le traitement pour savoir

directement ce qu'elle pensait de la méthode employée et connaître ses réactions.

Méthodes d'évaluation

Évaluation à l'atelier. Nous avons utilisé pour l'atelier une définition de la verbalisation rendue opérationnelle et basée sur celle utilisée par Strain, Shores et Kerr (1976). Le superviseur de l'atelier a prélevé des échantillons du discours de la cliente pendant deux périodes d'un quart d'heure par jour. Les verbalisations ont été classées selon qu'elles étaient des amorces ou des réponses et selon qu'elles étaient émises par la cliente, un collègue ou le superviseur. Les verbalisations de la cliente ont été par ailleurs classées selon qu'elles s'adressaient au superviseur ou à un collègue. Nous avons effectué des vérifications de fiabilité sur environ 10 % des échantillons et les pertes dues à l'observation ont été minimisées en informant le superviseur des résultats de chaque vérification. Les résultats ont montré un taux de base de verbalisation de la cliente de zéro. Les verbalisations dirigées vers la cliente par d'autres ont atteint une moyenne de 4,52 par séance (écart type = 2,74). La fiabilité entre les vérificateurs a été de 85,9 pour cent.

Évaluation à la maison. Après avoir consulté les parents, nous avons identifié les personnes à qui la cliente parlait avec aisance, et les parents ont enregistré les occasions où la cliente parlait lorsque ces personnes étaient présentes. Les résultats ont montré un taux de base moyen de 1,25 cas chaque mois de paroles adressées à de nouvelles personnes ou en leur présence.

Évaluation liée au traitement. Nous avons effectué des sondages avant et pendant le traitement. Ils évaluaient le nombre de syllables des paroles produites pendant la présentation d'items susceptibles de provoquer trois niveaux d'angoisse (bas, moyen et élevé) dans des hiérarchies de désensibilisation établies chez la cliente par sa mère et enregistrées pour une analyse ultérieure. L'un des buts de ce sondage était de voir si nous avions échantillonné des gradations de stimuli suffisantes pour les inclure dans la hiérarchie. Ceci était important puisqu'il était nécessaire de savoir si la cliente pourrait clairement imaginer la situation de désensibilisation avec l'émotion et la vivacité appropriées (Rimm & Masters, 1979; Wolpe, 1973). L'indice utilisé fut le refoulement des réponses. Étant donné que le mutisme électif de la cliente semblait lié à l'angoisse, nous avons émis l'hypothèse que son taux de verbalisation

diminuerait lorsque des stimuli appropriés seraient inclus dans la hiérarchie, et que plus les items seraient placés haut dans la hiérarchie, plus la diminution de la verbalisation serait grande (c'est-à-dire que le refoulement des réponses augmenterait). Nous présentons ci-dessous la façon dont nous avons utilisé les résultats à ces sondages pour établir une hiérarchie de désensibilisation appropriée. De plus, les paroles exprimées pendant la présentation des items de la hiérarchie ont été enregistrées pour une analyse ultérieure du nombre de syllabes produites.

Traitement

Première hiérarchie. La première hiérarchie a été établie avec la cliente à partir d'une série d'appels téléphoniques et comprenait quinze items avec des situations dans lesquelles la cliente était susceptible de montrer une angoisse croissante si on lui demandait de parler. Les items de la hiérarchie ont été photographiés et tirés sur diapositives. Nous avons alors envoyé chez la cliente des magnétophones, les diapositives, un écran et un projecteur et avons appris à la mère à s'en servir. Nous avons demandé à notre cliente de regarder les diapositives tout en parlant à sa mère et avons enregistré leurs conversations.

Afin de voir si les diapositives constituaient des stimuli efficaces et pouvaient supprimer une partie de l'angoisse, nous avons prélevé un sondage de trois items choisis dans la hiérarchie. L'item le plus bas, celui du milieu et le plus élevé ont été chacun présentés trois fois dans un ordre équilibré. Les diapositives ont été projetées pendant 30 secondes avec une nouvelle diapositive toutes les 90 secondes. Ce sondage de neuf items a été présenté trois fois, trois soirs différents, la cliente étant chez elle, seule avec sa mère. Nous avons émis l'hypothèse que la cliente, en conversant avec sa mère, montrerait un refoulement des réponses aux items du sondage en fonction de leur position dans la hiérarchie. Nous n'avons pourtant pas nettement noté d'augmentation du refoulement avec les items les plus élevés de la hiérarchie. Nous avons donc essayé une seconde hiérarchie.

Seconde hiérarchie. Le sondage de la seconde hiérarchie a été effectué avec les mêmes diapositives et la même séquence temporelle que le premier sondage, mais nous avons été plus exigeants vis-à-vis de la cliente et de sa mère. Elles devaient en effet d'abord imaginer que les personnes des diapositives étaient véritablement présentes et les écoutaient, puis garder à l'esprit que

les consultants écouteraient l'enregistrement de leur conversation. Ces exigences supplémentaires n'ont pas engendré d'augmentation du refoulement des réponses aux items placés le plus haut dans la hiérarchie.

Troisième hiérarchie. Les deux premières hiérarchies avaient montré qu'en dépit du fait que les stimuli semblaient supprimer l'angoisse dans la vie réelle de la cliente, ils n'avaient pas le même effet une fois mis sur diapositives. Nous avons donc décidé de rendre les stimuli plus réalistes en ajoutant un élément auditif à chacune des diapositives: les personnes vues sur les diapositives posaient des questions ouvertes enregistrées. Nous avons, pour cette hiérarchie, utilisé le même minutage et la même séquence que pour les deux hiérarchies précédentes. Ainsi, chaque personne du sondage a posé trois questions, une pour chacune des projections de diapositives, soit un total de neuf questions. Le refoulement des réponses a été de nouveau mesuré en comparant le nombre de syllabes émises en réponse aux items de la hiérarchie. De nouveau, ce sondage n'a pas permis de déceler un net refoulement des réponses.

Quatrième hiérarchie. Le but étant d'augmenter le réalisme, nous avons décidé d'utiliser des magnétoscopes dans le processus de désensibilisation. Nous avons également décidé de modifier la place de la mère pendant la présentation des items sur magnétoscope. Nous avons construit une hiérarchie de neuf items dans lesquels le superviseur de l'atelier, un collègue de la cliente et son directeur de programme ont posé chacun 45 questions par l'intermédiaire du magnétoscope. Pendant la présentation de la bande de chaque personne qui posait les questions, la place de la mère s'est ainsi modifiée: d'abord près de la cliente, elle s'est ensuite placée derrière elle puis est sortie de la pièce. Les questions posées sur les bandes magnétoscopiques étaient ouvertes et directement liées à la cliente et il était possible d'y répondre soit par un mot soit avec une plus longue explication; il était également possible d'y donner des réponses différentes selon les jours.

Nous avons fait une bande sondage avec la mère de la cliente, le collègue, le superviseur et le directeur de programme, chacun posant quatre questions ouvertes. Ces personnes ont été présentées dans un ordre équilibré et la proximité de la mère s'est modifiée pendant les trois présentations du sondage. Les résultats ont montré un modèle logique de refoulement des réponses, les réponses aux questionneurs les moins familiers contenant moins de syllabes que celles aux questionneurs plus familiers; on

remarquait également moins de syllabes lorsque la mère se trouvait plus éloignée. Puisque ces stimuli semblaient suffisamment frappants, la désensibilisation avait commencé.

Nous avons construit pour la hiérarchie neuf étapes avec trois questionneurs de moins en moins familiers à la cliente, la mère occupant toujours une place différente pour chaque questionneur. La hiérarchie était prévue de telle sorte que l'on demandait d'abord à la cliente de répondre à 45 questions ouvertes et personnelles présentées par son superviseur d'atelier sur magnétoscope tandis que sa mère était assise à côté d'elle. L'étape suivante était d'utiliser le même stimulus sur bande magnétoscopique, la mère étant assise derrière la cliente. Ensuite, la mère était totalement absente de la pièce tandis que la cliente répondait aux questions de la bande magnétique. Cette séquence des différentes places de la mère pendant la présentation magnétoscopique a été ensuite répétée pendant les présentations d'une bande sur laquelle les 45 questions étaient posées par le collègue de la cliente et finalement avec les questions posées par son directeur d'atelier. Les réponses de la cliente ont été enregistrées pendant chaque présentation des stimuli sur bande magnétoscopique. Pour passer d'une étape à l'autre dans la hiérarchie, il fallait que la cliente produise en moyenne autant de syllabes pour chacune des questions posées sur magnétoscope par le superviseur, le collègue ou le directeur de l'atelier qu'elle en avait produites aux questions sur magnétoscope posées par sa mère pendant le sondage avant le traitement.

La cliente a maintenant terminé les quatre étapes de la hiérarchie. Nous n'avons encore remarqué aucun changement dans la productivité de son discours tant à la maison qu'à l'atelier, bien que des rapports anecdotiques de collègues indiquent qu'elle manifeste plus d'intérêt à communiquer avec le superviseur comme le montrent ses gestes et sa communication non verbale plus fréquents.

BIBLIOGRAPHIE

Ambrosino S.V. & M. Alessi (1979). Elective mutism: Fixation and the double bind (Mutisme électif: fixation et double blocage). American Journal of Psychoanalysis, 39, 251-256.

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3e édition). Washington (D.C.): auteur.

Anthony E.J. (1977). Nonverbal and verbal systems of communication: A study in complementarity (Systèmes de communication non verbale et verbale: étude de complémentarité). Psychoanalytic Study of the Child, 32, 307-325.

Austad C.S., R. Sininger & A. Stricklin (1980). Successful treatment of a case of elective mutism (Réussite du traitement d'un cas de mutisme électif). Behavior Therapist, 3, 18-19.

Bassuk E.L. & S. Gerson (1978). Deinstitutionalization and mental health services (Désinstitutionalisation et services de santé mentale). Scientific American, 238, 46-54.

Bradley S. & L. Sloman (1975). Elective mutism in immigrant families (Mutisme électif chez les familles d'immigrants). Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 14, 510-514.

Brown B.J. & M. Lloyd (1975). A controlled study of children not speaking at school (Une étude contrôlée d'enfants ne parlant pas à l'école). Journal of the Association of Workers for Maladjusted Children, 3, 49-63.

Colligan R.W., R.C. Colligan & M.K. Dillard (1977). Contingency management in the classroom treatment of long-term elective mutism: A case report (Solutions aux problèmes éventuels soulevés par le traitement dans une classe d'un muet électif de longue date). Journal of School Psychology, 15, 9-17.

Croghan L.M. & R. Craven (1982). Elective mutism: Learning from the analysis of a successful case history (Mutisme électif: leçons tirées de l'une analyse d'un cas réussi). Journal of Pediatric Psychology, 7, 85-93.

Cunningham C.E., M.F. Cataldo, C. Mallion & J.B. Deyes (1983). A review and controlled single case evaluation of behavioral approaches to the management of elective mutism (Analyse et évaluation de plusieurs cas individuels avec des approches comportementales pour traiter le mutisme électif). Child and Family Behavior Therapy, 5, 24-49.

Goll K. (1979). Role structure and subculture in families of elective mutists (Structure des rôles et sous-culture dans les familles de muets électifs). Family Process, 18, 55-68.

Halpern A.S., J.P. Lehmann, L.K. Irvin & T.J. Henry (1982). Contemporary assessment for mentally retarded adolescents and adults (Evaluation contemporaine d'adolescents et d'adultes déficients mentaux). Baltimore: University Park Press.

Heimlich E.P. (1981). Patient as assistant therapist in paraverbal therapy with children (Le malade comme assistant du thérapeute dans la thérapie paraverbale). American Journal of Psychotherapy, 35, 262-267.

Kolvin I. & T. Fundudis (1981). Elective mute children: Psychological development and background factors (Les enfants muets électifs: développement psychologique et antécédents). Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22, 219-232.

Kupietz S.S. & I.L. Schwartz (1982). Elective mutism: Evaluation and behavioral treatment of three cases (Mutisme électif: évaluation et traitement comportemental de trois cas). New York State Journal of Medicine, 82, 1073-1076.

Lipton H. (1980). Rapid reinstatement of speech using stimulus fading with a selectively mute child (Retour rapide de la parole avec une disparition progressive des stimuli avec un enfant muet électif). Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 11, 147-149.

Martin G. & A. Pallotta-Cornick (1979). Behavior modification in sheltered workshops and community group homes: Status and future (Modification comportemental dans les ateliers protégés et les foyers de groupe: situation actuelle et future). In L.A. Hammerlynck (Éditeur), Behavioural Systems for the developmentally disabled: II. Institutional, clinic, and community environments. New York: Brunner/Mazel.

Menchetti B.M., F.R. Rusch & D.M. Owens (1983). Vocational training (Formation professionnelle). In J.L. Matson & S.E. Breuning (Éditeurs.), Assessing the mentally retarded. New York: Grune & Stratton.

Menolascino F.J. & L.F. Eaton (1980). Future trends in mental retardation (Tendances futures dans la déficience mentale). Child Psychiatry and Human Development, 10, 156-168.

Morin C., R. Ladouceur & R. Cloutier (1982). Reinforcement procedure in the treatment of reluctant speech (Méthode du renforcement dans le traitement du discours réticent). Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 13, 145-147.

Richards C.S. & M.K. Hansen (1978). A further demonstration of the efficacy of stimulus fading treatment of elective mutism (Une nouvelle démonstration de l'efficacité du traitement par

diminution progressive des stimuli du mutisme électif). Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 9, 57-60.

Rimm D.C. & J.C. Masters (1979). Behavior Therapy: Techniques and empirical findings (Thérapie comportementale: techniques et découvertes empiriques) (2e édition). New York: Academic Press.

Rosen M. & G.R. Clark (1977. Habilitation of the handicapped (Adaptation de l'handicapé). London: University Park Press.

Rosenberg J.B. & M.B. Lindblad (1978). Behavior therapy in a family context: Treating elective mutism (Thérapie comportementale dans le milieu familial: le traitement du mutisme électif). Family Process, 17, 77-82.

Rusch F.R. & R.P. Schutz (1981). Vocational and social work behavior: An evaluative review. En J.L. Matson & J.R. McCartney (Éditeurs). Handbook of behavior modification with the mentally retarded. New York: Plenum Press.

Sanok R.L. & F.R. Ascione (1979). Behavioral interventions for childhood elective mutism: An evaluative review (Interventions comportementales pour le mutisme électif chez les enfants: une étude évaluative). Child Behavior Therapy, 1, 49-68.

Sanok R.L. & S. Striefel (1979). Elective mutism: Generalization of verbal responding across people and settings (Mutisme électif: généralisation des réponses verbales chez différentes personnes dans différents milieux). Behavior Therapy, 10, 357-371.

Schalock R.L. & R.S. Harper (1978). Placement from community-based mental retardation programs: How well do clients do? (Placement après des programmes communautaires pour déficients mentaux: comment réagissent les clients?) American Journal of Mental Deficiency, 83, 240-247.

Schalock R.L., R.S. Harper & G. Carver (1981). Independent living placement: Five years later (Vivre une vie indépendante: cinq ans plus tard). American Journal of Mental Deficiency, 86, 170-177.

Scheerenberger R.C. (1976). Deinstitutionalization and institutional reform (Désinstitutionalisation et réforme institutionnelle). Springfield (Illinois): Charles C. Thomas.

Scheerenberger R.C. & D. Felsenthal (1977). Community settings for mentally retarded persons: Satisfaction and activities (Milieux communautaires pour les déficients mentaux: satisfaction et activités). Mental Retardation, 15, 3-7.

Stacy D., D.M. Doleys & J. Bruno (1983). Implementing behavioral programs in the community (Mise en place de programmes communautaires pour traiter les problèmes comportementaux). En J.L. Matson & E. Andrasik (Éditeurs). Treatment issues and innovations in mental retardation. New York: Plenum Press.

Strain P.S., R.E. Shores & M.M. Kerr (1976). An experimental analysis of "spillover" effects on the social interaction of behaviourally handicapped children (Analyse expérimentale des effets de l'interaction sociale des enfants présentant des troubles du comportement). Journal of Applied Behavioral Analysis, 9, 31-40.

Wergeland H. (1979). Elective Mutism (Le mutisme électif). Acta Psychiatrica Scandinavica, 59, 218-228.

Wolpe J. (1973). The practice of behavior therapy (2e édition). New York: Pergamon Press.

Zondlo F.C. & J.M. Scanlan (1983). Elective mutism in a 26 year old deaf female (Mutisme électif chez une femme sourde de 26 ans). Canadian Journal of Psychiatry, 28, 49-51.

LA PHÉNOMÉNOLOGIE DE LA QUADRIPLÉGIE: UNE APPROCHE UTILE EN RÉADAPTATION

Georgette Desjean Ph.D.
Thérèse Doucet M.N.
Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières
Montréal, Québec

L'individu atteint de quadriplégie est placé dans une situation existentielle complexe. Ce phénomène humain qu'est pour un individu le fait de vivre avec un handicap physique permanent et pour une famille de vivre avec cet individu, leur crée des problèmes physiques, cognitifs, psychologiques, socio-culturels et spirituels. Cette incapacité peut signifier pour eux une réorganisation globale de leur vie. L'acceptation de leur situation et leur capacité de fonctionner de façon productive impliquent une réadaptation à tous les niveaux. Une approche phénoménologique existentielle est donc nécessaire au succès de tout programme de réadaptation soit dans une institution soit dans le milieu familial.

Selon Talbot (1984), la réadaptation consiste non seulement à apporter une correction ou une compensation à l'incapacité, mais elle consiste davantage dans le développement d'un mode de vie. Elle est inévitablement conditionnée par les modes de vie qui sont acceptés dans la société.

Selon Bracken et al. (1980, 1981), le passage instantané d'un état physique de bien être à un état complet de paralysie est parmi toutes les expériences humaines celle qui cause un tel état de choc, que les premières réactions de l'individu sont celle d'auto-protection. Ce passage d'un état physique actif à celui d'une paralysie totale place l'individu atteint dans une condition psychologique extrêmement précaire. Il doit faire face à la réalité du traumatisme et éventuellement s'adapter de façon optimale à vivre avec la permanence de la paralysie.

En conséquence, il s'avère que les malades s'adaptent difficilement à leur maladie physique ou à leur invalidité sans le support de leur famille. Les processus intrapsychiques tels la négation face à la perte et à la renégociation des premières craintes, la peur d'être abandonné où la perturbation de l'image de soi peuvent être influencés par les attitudes et les valeurs de la famille (Verluys, 1984). Le support

pertinent et soutenu de la part des membres de la famille ou d'une personne ressource s'avère d'une importance capitale. Selon Hart (1981); Kuwerski (1982), et plusieurs autres auteurs, le traitement des individus qui ont subi un traumatisme de la moëlle épinière est difficile et présente des problèmes de longue durée.

Les tendances actuelles de la recherche sur la perception des besoins des individus qui ont subi un traumatisme de la moëlle épinière et celle des personnes ressources sont surtout orientées vers la rencontre des besoins physiques de ces individus (Stanton 1984). Talbot (1984) écrit qu'il n'est pas possible de découvrir les besoins profonds de l'être humain par les méthodes médicales traditionnelles et l'investigation psychologique. Il ajoute que pour que le travail en réadaptation soit fructueux, les professionnels de la santé doivent tendre à découvrir les valeurs intangibles qui donnent une signification et une saveur à la vie, c'est à dire qu'ils doivent tendre vers un concept de réadaptation qui reconnaît que l'homme est, ou qu'il est capable de devenir, un être spirituel. C'est cette caractéristique qui permet à l'homme de transcender presque tout handicap physique.

L'individu atteint d'un handicap physique se trouve placé dans une situation qui favorise chez lui le développement d'incongruence entre le moi et l'expérience vécue. Selon Rogers (1973), l'individu perçoit l'expérience de façon sélective en relation avec son système de valeurs personnelles. Par contre, il perçoit de façon sélective et altère tout ce qui est contraire à ses valeurs personnelles. Il nie certaines expériences parce qu'elles n'ont pas de valeur pour lui, qu'elles ne sont pas symbolisées avec précision et qu'elles ne sont pas organisées. En conséquence, selon le même auteur, l'individu peut développer des comportements où il existe des écarts entre sa structure personnelle, l'expérience personnelle et la réalité. Face à une expérience menaçante pour le moi, l'individu emploie des mécanismes de défenses qui conduisent à la rigidité dans la perception. Sa perception ne réflète plus la réalité à cause de l'omission de certaines données et de l'intentionalité. Il peut s'en suivre un processus d'effondrement du moi et une désorganisation. Il se développe alors de la dissonance entre le concept de soi et l'expérience vécue qui n'est pas adéquatement symbolisée, ce qui peut conduire l'individu à la confusion et à une perte de confiance en soi.

Afin qu'il puisse retrouver son équilibre intégral, l'individu atteint de quadriplégie doit développer des mécanismes qui l'aideront à accepter sa nouvelle

condition. Watson (1979) préconise que ce changement doit se faire dans un environnement humaniste-altruiste, c'est-à-dire dans un milieu de support, de protection et de modification mentale, physique, socio-culturelle et spirituelle.

La même auteure a développé une théorie de "caring" pouvant servir de base à un rôle infirmier ainsi compris. Dans cette théorie, l'essence des soins infirmiers se rapporte à la démarche véritable infirmier(e)-client qui produit des résultats thérapeutiques chez ce dernier. Prendre soin d'un individu est une démarche interpersonnelle humaniste. Cette démarche est le coeur des soins infirmiers et elle inclut la philosophie et la science infirmière. L'approche sous-jacente à cette théorie est existentielle phénoménologique. Cette approche est souvent la variable qui donne à l'individu la capacité de faire face aux différentes situations de sa vie et de transcender les situations difficiles et conflictuelles. Chaque personne développe une signification personnelle, donc unique, à sa vie. Quand une personne est malade, c'est sa perception de sa maladie et ses réactions qui la soulagent et non pas la fuite face à sa maladie, surtout quand cette dernière est progressive et permanente.

Selon Watson (1979, 1985), les soins infirmiers doivent tenir compte du concept de l'individu comme personne complète, c'est-à-dire comme une entité qui possède un corps, un esprit et une âme, entité dont le corps se situe dans le temps et dans l'espace, mais dont l'esprit et l'âme transcendent le "ici et maintenant". Afin de pouvoir prodiguer des soins intégraux, l'infirmier(e) se doit de tenir compte de l'expérience interne et externe de la personne, c'est-à-dire qu'il(elle) doit tenir compte de la globalité de l'expérience de l'individu à un moment spécifique de son existence. Ce n'est pas surtout le quoi des actions en soins infirmiers, ou de la transaction de "caring", qui importe, c'est comment la nature transpersonnelle de l'interaction entre deux individus permet l'émergence de certains éléments inconnus à l'intérieur du "caring". Le "caring transpersonal" par conséquent est un moyen par lequel l'individu progresse graduellement dans une sphère de réalisation personnelle, c'est-à-dire en harmonie avec sa pensée, son âme et son corps. Cette interaction favorise le développement d'une capacité humaine plus grande de chercher les valeurs de l'existence et de la maladie.

Le facteur de soins "carative" phénoménologique existentiel préconisé dans la théorie du "caring" de Watson, est primordial pour la compréhension de la

capacité qu'a l'individu pour faire face, s'ajuster et accepter sa condition de santé et de maladie. La meilleure façon de comprendre un autre être humain est d'identifier sa philosophie de vie et d'essayer de voir le monde à travers sa vision personnelle. Le point clé des soins est la réalisation que la condition santé-maladie n'est pas seulement un problème médical. Souvent, le problème de l'individu n'est pas directement relié à sa maladie physique et à ses symptômes extérieurs, mais à son état d'âme qui découle de sa façon de conceptualiser le monde.

Méthodologie

D'après Watson, les propriétés de la phénoménologie sont les suivantes:

1) elle s'intéresse aux expériences subjectives et objectives uniques à l'individu;

2) elle adopte une attitude holistique face à la compréhension de soi et des autres;

3) elle soutient que son intérêt le plus important est l'individualité de l'individu;

4) elle attache de la valeur aux individus parce qu'ils sont fondamentalement bons et capables de se développer;

5) elle attache de la valeur au contexte intégral de l'individu comme entité plus importante pour les soins de l'individu que le sont les pathologies organiques ou bactériennes.

Il découle naturellement de ce cadre de référence que la méthode de recherche privilégiée est la méthode phénoménologique. Cette méthode qualitative permet l'investigation d'un phénomène tel qu'il est vécu par tout individu. Elle permet de décrire tous les phénomènes y compris l'expérience humaine. Cette méthode permet de comprendre toutes les données du phénomène à l'étude en se servant de la perspective des sujets de l'étude. Le but de la méthode est de décrire systématiquement la structure d'une expérience vécue y compris la signification de l'expérience pour l'individu qui la vit. En conséquence, l'approche employée doit être aussi globale que possible et ne comprendre aucune attente préconçue ou direction qui puisse orienter les réponses des sujets. Elle permet à l'investigateur de

reconstituer les éléments de la situation tels qu'ils prennent forme dans le conscient du sujet. La méthode phénoménologique telle que décrite par Giorgi (1975) reconnaît l'intentionnalité de l'homme, c'est-à-dire que l'homme est nécessairement dirigé vers le monde et que sa conscience est toujours la conscience de quelque chose. Il avance aussi que les objets sont nécessairement imbriqués dans une relation sujet-monde. Nous ne pouvons décrire ni le monde objectif ni le monde subjectif. Nous ne pouvons décrire le monde que de la façon dont nous le vivons. Giorgi (1975) assume que toute personne est capable de se souvenir d'un phénomène important et de l'expliquer. Cependant, la fidélité des individus à rapporter un phénomène qu'ils vivent ne veut pas dire que la globalité de ce phénomène est captée. Elle signifie seulement que dans l'investigation basée sur la phénoménologie, l'objet de la recherche devient le monde tel que vécu:

- le sujet et le monde sont inséparables;
- l'investigation se situe au niveau réflectif, c'est-à-dire que l'objet de notre investigation est la relation entre ce qui est vécu et comment c'est vécu.

D'après Merleau-Ponty (1945), la clé de la phénoménologie comme méthode est le fait que nous nous soucions de la façon avec laquelle le sujet vit sa situation et ce fait exige une réduction phénoménologique, c'est-à-dire que nous réfléchissons sur l'expérience vécue, sur ce qu'est la structure nécessaire à l'expérience et sur ce qu'elle doit être pour que les perceptions existent. Le procédé de réduction se fait en deux temps:

1) l'expérience est placée entre parenthèse, c'est-à-dire qu'on la considère comme elle apparaît;

2) le phénomène est manipulé de façon à en soutirer les variables qui le caractérisent.

La phénoménologie est un essai pour trouver les possibilités présentes à l'intérieur du phénomène sans en changer l'essence.

Les auteurs de cet article font présentement une étude analytique[1] sur la perception qu'ont les individus quadriplégiques et les membres de leur famille de leur situation. Cette étude se déroule dans un centre de réadaptation de la région métropolitaine de Montréal. La population se compose de 50 sujets ayant subi un traumatisme de la moëlle épinière et de 50 sujets membres de la famille respective de ces derniers. La méthode de recherche privilégiée est la méthode phénoménologique. Trois instruments de recherche ont été développés:

1) une formule de collecte de données socio-démographiques;

2) un questionnaire-entrevue sur la perception qu'ont les individus atteint de quadriplégie de leur situation y compris les soins infirmiers qu'ils reçoivent;

3) un questionnaire-entrevue sur la perception qu'a la personne ressource de la perception de l'autre et de leur situation globale du fait de vivre avec un individu atteint de quadriplégie.

Les entrevues des sujets sont en cours.

Analyse

La méthode d'analyse privilégiée est celle développée par Giorgi (1975). Cette méthode permet de faire une analyse de contenu qui est à la fois qualitative et essentiellement rigoureuse. Elle fait connaître d'abord quelle est la signification de l'expérience de vie concrète pour chaque sujet et permet ensuite d'en arriver à une signification générale du phénomène étudié.

Les étapes d'analyse de cette méthode sont les suivantes:

- lire au complet la description de la structure écrite pour en saisir le sens;
- lire la même description plus lentement pour découvrir toutes les séquences constituantes de la situation, ce qui donne une série de séquences constituantes;

---

[1] Ce projet de recherche est subventionné par PNRDS, Minisjtère de la santé et du bien-être social, Ottawa, Octroi N° 165-29-314.

- éliminer les redondances, clarifier et élaborer pour soi-même la signification des séquences en les reliant les unes aux autres selon la signification globale de la situation;
- réfléchir sur les différentes séquences exprimées dans le langage concret du sujet pour découvrir l'essence de la situation et les transformer en langage scientifique. Chaque séquence est scrutée systématiquement pour découvrir ce qu'elle signifie dans cette situation spécifique pour tel individu;
- synthétiser et intégrer les connaissances acquises dans une description consistante de la structure du phénomène à l'étude.

Cette méthode s'enseigne, elle s'applique bien et permet d'atteindre une concordance intersubjective. Elle est une analyse de contenu rigoureuse en ce sens que l'investigateur rapporte l'expérience telle qu'elle se déroule et la décrit sans préjugé. Il peut ensuite en soutirer les éléments pertinents, les classifier et les catégoriser.

L'analyse du contenu des entrevues permettront d'identifier les concepts qui expriment les sentiments qu'éprouvent les individus atteints de quadriplégie et les membres de leur famille. Elle permettra aussi d'identifier leurs mécanismes de défense et les éléments qui leur créent de la dissonance. Les connaissances nouvelles qui découleront de cette étude serviront à développer une approche de soins infirmiers en réadaptation qui sera appliquée de façon expérimentale à un groupe similaire de sujets.

RÉFÉRENCES

Périodiques

Bracken, B.M., & Shepard, J.M. (1980). Coping and adaptation following acute spinal cord injury: A theoretical analysis. Paraplegia 18, 74-85.

Bracken, B.M., & Shepard, M., & Webb, S. (1981). Psychological response to acute spinal cord injury: An epidemiological study. Paraplegia 19, 281-283.

Hart, G. (1981). Spinal cord injury: Impact on client's significant others. Rehabilitation Nursing, 1, 11-15.

Kuwerski, J., & Chrostowska, T. (1982). Social and professional evaluation of para and tetraplegics. Paraplegia, 20, 97-102.

Stanton, G. (1984). A needs assessment of significant others following the patient's spinal cord injury. Journal of Neurosurgical Nursing, 16 (5) 253-256.

Talbot, H. (1984). A concept of rehabilitation. Rehabilitation Literature, 45 (5-6) 152-158.

Volumes

Giorgi, A. (1975). An application of phenomenological method in psychology (11). Duquesne studies in phenomenological psychology. Pittsburgh: Duquesne university press.

Merleau-Ponty, M. (1945). Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard.

Verluys, P. H. (1984). Physical rehabilitation and family dynamics in Robert Marinelli, Arthur, Dell-Orto. The psychological and social impact of physical disability. New York: Springer publication.

Watson, J. (1979). Nursing the philosophy and science of caring. Boston: Little Brown and company.

Watson, J. (1985). Nursing: Human science and human care. Norwalk, Conn. Appleton-Century-Crofts.

RÉADAPTATION, PRATIQUE PROFESSIONNELLE ET ORIENTATIONS NOUVELLES

Roy I. Brown
Programmes des études en réadaptation
Faculté d'éducation
Université de Calgary

Introduction

Ce volume expose une vaste gamme de programmes, de recherches expérimentales, de réflexions théoriques et de pratiques dans un domaine qu'on peut définir en termes généraux comme celui de la réadaptation. Dans un autre ouvrage, Brown (1984) a émis l'opinion qu'il n'y avait guère de différences entre les principes à appliquer en sciences sociales et en éducation dans le domaine de l'invalidité. Les différences résident dans le domaine ou dans les niveaux d'application de ces principes. S'il en est bien ainsi, il faut absolument regrouper les renseignements pratiques et les recherches dont nous disposons afin d'encourager une généralisation des connaissances et de veiller à ce que, dans la formation professionnelle et la pratique que les personnes travaillant dans le domaine de l'invalidité ont acquises, elles puissent appliquer ces méthodes et ces principes très généraux.

Le domaine de la réadaptation: généralisation à l'ensemble des invalidités

La réadaptation ne constitue pas une discipline nouvelle, et le rôle du practicien de la réadaptation comportementale et celui du spécialiste des sciences sociales ou du comportement deviennent maintenant de mieux en mieux définis. Dans certains domaines de l'invalidité, notamment en matière de handicap mental, les psychologues jouent un rôle prépondérant, d'abord dans l'évaluation comportementale, puis dans la conception du programme de réadaptation. On reconnaît de plus en plus que ces compétences, acquises par la recherche et des projets d'application auprès d'handicapés mentaux ainsi que, plus récemment, grâce à une série d'études sur la recherche en action, trouvent des applications dans d'autres domaines. Les défis que pose l'évaluation du comportement se retrouvent dans tout le domaine de l'invalidité, peu importe la nature du handicap considéré. Par exemple, les aspects de

l'environnement qui nécessitent une évaluation écologique se retrouvent dans une vaste gamme de situations incapacitantes (p. ex. Bronfenbrenner, 1977; Mitchell, 1986). Les questions de normalisation et les exigences de retour et d'intégration à la vie normale du milieu sont des notions qui s'appliquent dans tous les cas d'invalidité. La nécessité d'une formation aux disciplines sociales se fait autant sentir lorsqu'on traite des handicapés mentaux que des personnes ayant subi des lésions physiques, ou encore des personnes âgées et des sujets souffrant d'autres invalidités. Les méthodes employées peuvent être de niveau différent, mais on peut considérer la philosophie qui les inspire comme générale.

De ce fait, les responsables de l'élaboration et de l'application des programmes dans un domaine donné doivent absolument être au courant de ce qui se passe dans les autres domaines de la réadaptation. Il faut également se rendre compte que la pédagogie de la réadaptation, comme on l'a appelée (Brown 1984), est un domaine multidisciplinaire qui diffère à plusieurs égards de la médecine de la réadaptation. Une philosophie et une approche différente y sont employées. Par exemple, l'application de principes sociaux, éducatives et comportementaux d'évaluation et de traitement des sujets souffrant d'un handicap ou d'une invalidité repose sur une raison d'être différente. L'un des principaux buts de l'évaluation comportementale, en pédagogie de la réadaptation, consiste à décrire le comportement de référence afin de déterminer le niveau de l'intervention comportementale, sociale ou éducative. Le but n'est pas de classer l'état du sujet. En fait, un classement classique au moyen d'une nomenclature des maladies se situe aux antipodes de cette approche. Si les administrateurs et les gestionnaires de programmes ainsi que les personnes en mesure d'établir la philosophie d'un organisme ne tiennent pas compte de ces facteurs, il y a peu de chances pour que des programmes poussés voient le jour de manière générale dans le domaine de la pédagogie de la réadaptation.

Pédagogie de la réadaptation - philosophie et technique

La philosophie peut être essentielle à une pensée créatrice dans n'importe quel domaine de la réadaptation, mais l'existence d'une philosophie ne garantit pas celle de moyens techniques permettant de mettre cette philosophie en application de manière cohérente. Au Canada, par exemple, les principes d'intégration des

handicapés au milieu risquent souvent de déboucher sur un "processus d'abandon" dans lequel les sujets ne survivent que pendant une brève période, uniquement pour manifester une régression et un échec, avec les séquelles émotives qui s'ensuivent et qui aggravent encore leur handicap. Aussi est-il vivement recommandé que, au lieu de se contenter d'élaborer une philosophie, on mette également au point une technique de réadaptation. En outre, le praticien du comportement a besoin d'un modèle de formation et d'application.

Éducation du personnel et élaboration de principes de réadaptation

Cet ouvrage fait valoir la nécessité de mettre au point des programmes adaptés dans le domaine des sciences du comportement, du bien-être social et de l'éducation. Cependant, pour mettre au point des programmes, il faut soumettre nos besoins actuels d'éducation du personnel à un examen critique. Des programmes sont nécessaires à cet égard. Il arrive souvent que les arguments militant en faveur de l'élaboration de nouveaux programmes ne soient pas facilement acceptés, et il est encore plus difficile d'obtenir gain de cause en période de restrictions économiques. On observe souvent un virage vers des politiques d'application plus conservatrices. Toute modification des programmes existants d'éducation tertiaire se heurte à des difficultés tenant à la fois aux intérêts personnels, aux situations établies et à l'effet des restrictions financières. Souvent, la rentabilité de ces programmes est considérée comme une composante nécessaire de leur bien-fondé. Il existe pourtant au Canada des signes de recherche authentique de méthodes et de programmes nouveaux afin d'aider les personnes handicapées. Les recherches et les applications qui en découlent doivent être regroupées, dans la mesure du possible, en une praxis cohérente.

L'orientation professionnelle relève d'une philosophie de la réadaptation. Cette philosophie peut s'exprimer sous la forme d'un modèle qui doit être global. Il doit par exemple s'appliquer à tous les genres d'invalidité ou de handicap et à toutes les catégories d'âge, et tenir compte du caractère permanent du changement pour le client participant à un programme de réadaptation. L'épanouissement ou l'amélioration sont souvent lents et à long terme. Une période de dix à quinze années est de mise pour certaines formes de réadaptation. D'autres peuvent se traduire par des interventions pendant toute la vie du sujet, le but étant d'aider celui-ci à s'adapter dans toute la mesure du

possible à l'environnement "normal" où il fonctionne. Cependant, la croissance n'est pas le seul processus; il existe également par implication un phénomène permanent de déclin.

L'objectif visé, par exemple, avec les personnes atteintes de la maladie de Alzheimer ou d'affections connexes (Lawton, 1981) consiste à maintenir les comportements nécessaires à une vie normale. Le même processus, bien qu'il soit moins clairement observable, se produit pendant le vieillissement normal. On commence tout juste à prendre conscience du rôle de la pédagogie de la réadaptation dans ce domaine. Lorsque c'est le cas, nous devons reconnaître qu'aucun de nous n'échappe au cycle de réadaptation! Il faut prendre conscience du fait que la réadaptation se produit dans toutes sortes d'environnements. De par la nature même de l'évolution humaine, ces environnements doivent fournir une stimulation convenant à l'individu. Par conséquent, et l'environnement et l'évolution personnelle peuvent être présentés sous la forme de continuums divers qui interagissent l'un sur l'autre.

Les individus, que leur rendement s'accroisse ou diminue, et peu importe leur handicap, peuvent être confrontés à des problèmes du même genre. Par exemple, la personne qui présente un handicap dû à l'héridité ou à un manque environnemental précoce, ou encore la personne qui subit un traumatisme à un âge plus avancé à cause d'effets psychologiques de l'environnement qui ont influé sur son organisme, peuvent être confrontées aux mêmes problèmes et aux mêmes défis sur le plan du rétablissement. Les questions de stress, d'image de soi-même et de motivation, les problèmes de manque de familiarisation avec le milieu ou les tâches, ainsi que les principes permettant d'aborder un apprentissage ou une généralisation des compétences à de nouvelles tâches et à un nouvel environnement sont communs à tous ces exemples.

À l'heure actuelle, la réadaptation est généralement abordée de manière ponctuelle et différents professionnels ainsi que le grand public ont des opinions variées sur les chances de guérison et de développement de personnes particulières. Il n'y a pas si longtemps, les professionnels laissaient entendre que tous les enfants handicapés mentaux devaient le rester, mythe qui a volé en éclats ces dernières années sous l'effet d'un changement de philosophie, notamment sur le plan de l'intégration et de normalisation, ainsi que des divers principes et méthodes d'apprentissage qui ont été mis au point. De plus, divers procédés chimiques ont été employés en vue de modifier la performance individuelle.

Certains, comme Aaron Smith (1983), estiment que des personnes ayant subi de graves lésions cérébrales peuvent se rétablir de façon remarquable, bien que leur système nerveux central soit gravement endommagé depuis la naissance. On partage maintenant cette opinion à propos des handicapés visuels et des victimes de lésions au cerveau intervenant plus tard, tandis que la dépendance de nombreuses personnes âgées et le caractère inévitable du handicap dont souffrent certains groupes présentant des troubles mentaux chroniques sont maintenant remis en question.

Les attitudes négatives tiennent en grande partie à l'insuffisance des connaissances des praticiens et au faible développement actuel de la réadaptation comportementale. Il se produit des changements - très rapides dans nombre de cas - qui modifient les chances de réussite ou d'échec d'individus particuliers. En fait, dans certains domaines, des auteurs comme Cobb (1972) se sont prononcés contre les efforts de prévision des résultats comportementaux en raison du manque de fiabilité de ces pronostics. La plupart des gens s'en tirent mieux que nous le prévoyons, encore qu'ils puissent avoir besoin de plusieurs années pour réussir! Il est plus sage d'examiner le comportement de référence actuel, de concevoir un programme d'action, d'observer les progrès du sujet et, au besoin, de modifier le programme en cas d'échec.

Il est intéressant de noter que nous sommes parfois étonnés du rétablissement de certaines personnes, qui semblent réaliser des progrès considérables au point de vue du développement. Ces progrès sont enregistrés parfois assez peu de temps après un traumatisme, tandis qu'ils se produisent beaucoup plus tard dans d'autres cas. Le fait est que la réadaptation est un processus de longue haleine. Les travaux consacrés aux privations environnementales présentent des résultats analogues. Le fait de sortir le sujet d'un environnement négatif peut se traduire plus tard par une amélioration spectaculaire de la capacité cognitive (Clarke & Clarke, 1959).

Il est également vrai que la plupart d'entre nous auront besoin, à un moment donné de leur vie, des services de spécialistes en réadaptation. En fait, étant donné l'augmentation de l'âge moyen de la population canadienne, nous devrons probablement mettre en place toute une gamme de services à l'intention des personnes vieillissantes afin de leur apporter non seulement un soutien physique, mais aussi une aide à l'adaptation psychologique et sociale.

Une approche intégrée de la réadaptation

La réadaptation fait intervenir la totalité de la personne humaine, mais il est de bon ton de prétendre qu'on peut axer la réadaptation sur des domaines particuliers, comme dans une intervention chirurgicale. Cependant, la pédagogie de la réadaptation est un processus global qui vise l'ensemble du mode de vie et de l'image d'un individu. Pourtant, c'est maintenant chose courante, dans le monde adulte de l'invalidité, d'offrir une réadaptation professionnelle et des ateliers protégés qui visent à fournir, sous une forme ou une autre, un emploi ou une activité limité.

Il faut cependant se demander pourquoi nous jugeons que la réadaptation professionnelle est un domaine efficace d'intervention. Il y a sans doute plusieurs raisons à cela:

1) la réadaptation professionnelle a représenté un début de désinstitutionalisation, offrant le moyen d'occuper les sujets hors du cadre hospitalier; elle a aussi dispensé la famille de s'occuper du sujet 24 heures sur 24;

2) fournir du travail à quelqu'un passe pour un acte dignifiant, même si le travail en question est entièrement différent de celui que cette personne effectuait auparavant ou se déroule dans un cadre entièrement différent d'un milieu de travail normal;

3) la réadaptation professionnelle, au moins à un niveau semi-spécialisé et non spécialisé, est relativement facile. Elle offre ce que les psychologues ont appelé des tâches concrètes. C'est-à-dire que ces tâches sont visibles, palpables, maniables et exécutables dans un délai rapide. Elles peuvent également être effectuées à un seul endroit (Brown & Hughson, 1986).

Dans notre évolution de société de réadaptation, il était élémentaire de commencer par des modes concrets de fonctionnement et de les appréhender dans le contexte d'une société axée sur le travail. Rien, cependant, dans le développement humain ne permet de croire que les activités de travail soient la seule voie possible, ni la meilleure que l'on puisse suivre pour la réadaptation. Certaines des principales difficultés auxquelles sont confrontées les victimes de traumatismes se situent au

niveau de l'environnement familial et local. Aussi la compétence sociale et l'adaptation personnelle sont-elles cruciales. Par exemple, il se produit souvent une rupture des relations sociales entre les personnes les plus proches de la victime. Les milieux professionnels ont parfois du mal à saisir cet aspect. La société prend conscience d'une personne privée d'emploi et de salaire, mais elle se préoccupe moins - et est moins en mesure de traiter - des problèmes susceptibles d'être causés par les défaillances de la mémoire ou les problèmes d'adaptation émotive, qui peuvent eux-mêmes être liés à des problèmes de sexualité ou d'image de soi-même à la maison ou dans le milieu socio-culturel. La société s'inquiète moins également des problèmes liés au stress et à l'épuisement que peuvent vivre non seulement les handicapés, mais aussi d'autres proches vivant dans le milieu familial comme le conjoint, les enfants ou d'autres personnes avec lesquelles on entretient d'étroites relations. Il semble donc tout à fait opportun d'étudier les besoins qui se posent au niveau du développement et de l'environnement familial, dans le domaine de la réadaptation. Nous nous intéressons à la famille en réadaptation!

Assez souvent, les personnes hospitalisées sont renvoyées chez elle sans recevoir beaucoup d'indications relatives au contexte familial et aux tensions et stress subis par le sujet dans ce contexte. Les modèles de réadaptation ne tiennent généralement pas compte des besoins de l'environnement local. Par exemple, la formation à la mobilité visuelle est généralement dispensée au Canada dans un centre éloigné de la maison et de l'environnement social, et elle comporte rarement une familiarisation intensive avec les genres de milieu social auxquels la personne devra faire face de retour chez elle ou en milieu de travail. Cela veut dire, non pas que les efforts actuels ne sont pas valables, mais qu'ils pourraient être beaucoup plus utiles si l'on essayait de les adapter à la situation particulière du sujet.

Ce genre de constatation débouche cependant sur d'autres conséquences. Tout d'abord, on considère qu'il revient plus cher d'élaborer des programmes individualisés et de les appliquer dans le milieu propre au sujet. Cela entraîne aussi des problèmes de formation et d'encadrement du personnel. Par ailleurs, cette méthode présente d'importants avantages. Le manque de famliarité avec l'environnement et les tâches freine les processus d'apprentissage, provoque un blocage au niveau de la performance et entraîne vraisemblablement une nette détérioration de l'opinion que l'on a de soi-même à cause

des échecs enregistrés dans ces conditions (Brown & Hughson, 1986). Or, un environnement qui risque de provoquer un nouvel échec est bien la dernière chose dont une personne handicapée a besoin.

Cela soulève bien entendu une deuxième question, à savoir que, lorsqu'un accident survient (et cela arrive assez souvent dans un milieu physiquement déprimant), la victime doit bien souvent être reprogrammée pour des tâches relevant d'un domaine entièrement nouveau. Pour beaucoup de travailleurs non spécialisés ou semi-spécialisés, cela équivaut à une occupation sédentaire où l'accent est assez souvent mis sur les composantes verbales. Pourtant, les faits démontrent assez clairement que les composantes verbales ou cognitives sont généralement plus limitées chez ces personnes que les facteurs perceptuels et moteurs non verbaux. Par conséquent, un recyclage se traduit pour le sujet par l'obligation d'acquérir de nouvelles compétences ou de s'essayer à des tâches qui ont souvent provoqué un échec par le passé ou qu'il trouve moins intéressantes et souhaitables. Il paraît indiqué dans ces cas de tenter une réadaptation qui, dans un premier temps, se situe au niveau non du travail, mais peut-être de l'adaptation familiale et sociale dans le milieu propre à l'individu.

Un autre aspect de l'intégration qui n'a pas été abordé jusqu'ici se rapporte aux aspects sociaux et récréatifs du rendement. On reconnaît maintenant à la condition physique un rôle très important dans un bon fonctionnement; or, l'examen du dossier de nombreux handicapés révèle une prépondérance de loisirs de type non actif. Il arrive par exemple assez fréquemment, lorsque des visiteurs arrivent chez un handicapé, que la conversation, après les amabilités d'usage adressées à l'handicapé, tourne autour des autres personnes présentes. J'ai qualifié ailleurs cette situation d'amitié non participative. Le temps de loisir a été divisé en divers domaines par Nash (1953) et d'autres auteurs qui distinguent les activités non participatives, sociales, physiques et d'auto-accomplissement. La plupart des handicapés consacrent une partie disproportionnée de leur temps à des activités de loisir non participatives. Ils sont souvent axés sur la maison, trouvent les déplacements difficiles et ne sont peut-être pas encouragés ou acceptés dans la société. Pourtant, la pratique d'autres genres de loisirs favorise l'interaction sociale, améliore l'image qu'on a de soi-même, renforce la motivation et accroît le bien-être physique. Tous ces éléments sont nécessaires à l'obtention et au maintien d'un emploi. C'est pourquoi l'on avance que l'occupation du temps de loisir et la

réadaptation dans un domaine récréatif peuvent également jouer un rôle crucial dans la réadaptation des handicapés. Ce sujet est traité plus à fond ailleurs (Beck-Ford & Brown, 1984; Brown & Hughson, 1986). Si ce raisonnement se tient, il en découle une autre conséquence. Il se pourrait fort bien que des dépenses initiales soient compensées par des progrès à long terme sur le plan de l'adaptation, grâce à une approche intégrée de la réadaptation.

Nous constatons une fois de plus que les effets de la pédagogie de la réadaptation sont souvent à long terme et complexes. Les "retombées" sont inévitablement enregistrées au cours d'une longue période. Cela implique une transformation fondamentale de notre optique de la réadaptation, du point de vue du financement. Cela implique également, si ce raisonnement est fondé, des changements radicaux de la manière dont nous enseignons aux professionnels des sciences sociales, de l'éducation et du comportement à travailler auprès des handicapés. Par exemple, il n'est pas nécessaire que les méthodes d'évaluation se situent uniquement dans le domaine professionnel et visent tout simplement le réemploi de l'handicapé; elles doivent également être conçues en fonction d'autres genres d'environnements.

Amélioration différentielle après un événement incapacitant

Il importe de se rendre compte que les milieux dans lesquels nous plaçons les gens sont ceux qui sont jugés les mieux adaptés à leurs besoins. Une question importante est de savoir pourquoi certaines personnes se rétablissent mieux que d'autres après un traumatisme incapacitant, alors que leur état et leurs antécédents paraissent relativement analogues. Une des explications est peut-être que la personne qui se rétablit mieux est placée, souvent par hasard, dans un environnement plus propice. Cela suscite plusieurs questions importantes, dont la plus pertinente est de déterminer quel genre d'environnement est nécessaire à une réadaptation efficace. Les choses ne sont évidemment pas aussi simples. Les environnements sont complexes et des individus différents présentent des besoins particuliers; cependant, l'une des caractéristiques que doit présenter un modèle efficace de réadaptation est l'existence d'une forte structuration de l'environnement parce qu'il y a lieu de croire que, en cas de handicap ou de difficultés d'apprentissage, l'acquisition incidente de connaissances est inefficace. Autrement dit, le contact avec des aspects du mode de vie qui sont enrichissants ou

constructifs n'a guère de chances d'être efficace, à moins qu'il ne se présente sous une forme structurée que le sujet puisse appréhender. Lorsque ce dernier a une mauvaise image de lui-même et des facultés cognitives réduites, il risque d'être peu motivé, d'avoir une faculté d'attention limitée, des processus de mémorisation réduits et dans l'ensemble, à cause de ces facteurs, une faible capacité d'apprentissage et d'adaptation. Le sujet a très souvent subi une régression sur le plan de ses performances, régression qui est due en partie à l'événement incapacitant, mais aussi à la faible opinion qu'il a de lui-même. Elle peut également être causée par un environnement peu familier, dans le contexte de ces autres facteurs. Aussi recommandons-nous un certain nombre de principes directeurs pour structurer l'environnement :

1) Familiarité de l'environnement. Toutes les activités d'apprentissage doivent avoir lieu dans la mesure du possible dans des environnements familiers et constructifs pour le sujet.

2) Les parents et les autres personnes destinés à fréquenter le sujet doivent connaître le processus de régression que ce dernier traversera probablement. Il fera preuve d'une moins grande maturité dans son comportement.

3) Le sujet risque de présenter une forte variabilité au niveau des performances; ainsi, les résultats de ses tests et son rendement en situation d'apprentissage risquent de changer rapidement au cours d'un laps de temps relativement bref (p. ex., dans le courant de la journée). Par exemple, les personnes souffrant de dépression peuvent afficher un comportement plus dépressif le matin que durant le reste de la journée. On sait que les personnes dont le système nerveux central a été atteint risquent de se fatiguer plus vite et sont davantage sujettes à des tremblements moteurs et à des crises d'épilepsie lorsqu'elles sont à bout de force.

Le présent ouvrage: approches et méthodes

Les articles qui suivent abordent sur un certain nombre de questions portant sur une vaste gamme de personnes handicapées. Sharon Robertson souligne

quelques-uns des aspects importants d'une approche écologique du conseil et met l'accent sur la nécessité de comprendre le système de soutien social d'une personne. Elle relève l'importance d'une structuration de l'environnement pour une réadaptation efficace. Ses arguments, inspirés d'un large éventail d'articles ou d'ouvrages portant sur le conseil, font de nouveau ressortir le rôle essentiel des facteurs émotifs dans les manifestations de l'invalidité. Ils constituent là encore la reconnaissance d'une préoccupation commune et, donc, fournissent un autre exemple de quelques principes permettant d'aborder les divers genres d'invalidité. Pourtant, le domaine de la réadaptation est morcelé au Canada. On préconise ici une approche plus globalisante et une intégration des domaines de programmation ainsi que des installations ou des services destinés aux handicapés. Il y a plus à perdre qu'à gagner si l'on continue de faire valoir uniquement les droits de certaines personnes ou de défendre ces dossiers sous différentes étiquettes. La question essentielle, dans ce domaine, est que les programmes comportementaux et les facteurs écologiques, qui jouent un rôle de premier plan dans la réadaptation, doivent être compris et maîtrisés par des intervenants qualifiés ayant bénéficié d'une formation poussée, sous forme directe dans des collèges et des universités, ainsi que, dans le meilleur des cas, au moyen d'un programme d'éducation permanente qui devrait devenir obligatoire pour toutes les personnes oeuvrant dans ce domaine. Les facteurs relatifs au stress ne concernent pas uniquement la personne handicapée, mais la famille qui subit des changements et présente donc probablement des manifestations de régression. Certaines des nouvelles méthodes, dans lesquelles il est reconnu que la fonction de conseil doit être un processus non linéaire, mais multidimensionnel, ne recherche pas une solution unique, mais tient compte des structures familiales d'interaction et, partant, de la nécessité d'un soutien et d'une orientation de la famille, les individus formulant leurs propres réponses au défi.

L'article de James évoque la pertinence des caractéristiques particulières d'un environnement rural pour servir de cadre à une réadaptation. Il se pourrait fort que ce soit dans un milieu rural, qui ne peut offrir la même gamme de ressources habituelles que les agglomérations, que la mise en oeuvre d'un modèle intégré devienne possible. Si l'on souscrit au raisonnement présenté dans cet article, on en vient à la conclusion que les bâtiments ne sont peut-être pas aussi nécessaires qu'on l'a pensé jusqu'ici. Il en résulte une

transformation fondamentale de la façon de voir des organismes de charité, des autorités publiques et des professionnels. La prestation des services doit être un processus et nécessite très souvent, du point de vue de la pédagogie de la réadaptation, non un lieu de traitement où les sujets doivent se rendre, mais des schèmes comportementaux et sociaux qui favorisent l'adaptation, l'évolution et le changement dans le milieu familial et socio-culturel local de l'handicapé. Johnson fournit quelques exemples plus précis montrant comment un conseiller ou un praticien travaille auprès d'une personne handicapée et de sa famille. L'article souligne de manière assez claire l'importance de l'établissement des objectifs de la programmation dans ce contexte. Il ne s'agit pas uniquement des besoins perçus du sujet, mais des besoins exprimés par ce dernier et modifiés par l'intervention de la famille et d'un conseiller très compétent. La sélection des objectifs nécessitant un changement et une évolution constitue une étape importante. Le praticien doit avoir une conception claire des facteurs nécessaires, mais si la personne handicapée ne partage pas cette conception, la motivation et l'image de soi-même en souffrent, du point de vue de la personne handicapée.

Borgen et ses collègues ont décrit certaines des expériences vécues par les handicapés physiques en chômage. Le processus n'est pas différent de celui qui est suivi dans les autres genres d'invalidité, et les démarches décrites par les auteurs ajoutent une certaine dimension aux arguments et aux exemples présentés dans ce chapitre. L'article souligne également la nécessité de tenir compte des autres aspects des besoins et du mode de vie du sujet, et notamment d'examiner une programmation intégrée au-delà des caractéristiques de l'emploi. Loin de nier l'importance de l'emploi, cette démarche tient compte du fait qu'une personne fonctionne - ou ne fonctionne pas - comme un tout et que l'élaboration d'une vaste gamme de processus personnels permet de favoriser d'autres aspects de satisfaction, de jouissance et de vie.

Dans leur article, Segger et Plecas reconnaissent l'importante de la dynamique de la vie et soulignent le rôle d'une formation à la vie en société. Leur travail porte sur un groupe particulier de contrevenants placés en institution; pourtant, nombre de leurs observations illustrent les processus généraux décrits dans le premier chapitre. Nous devrions cesser de penser aux limites que nous impose, à ce que nous croyons, une clientèle particulière, et veiller à ce que les travaux deviennent génériques et soient lus de manière générale par les

praticiens de la réadaptation et enseignés à l'université et au collège. Nous avons encore dans ces établissements des programmes étiquetés selon les situations, ce qui porte à croire que les professionnels sont formés pour un domaine particulier, dont les exigences sont différentes de celles d'un autre domaine. Même dans les débats dont les travailleurs en réadaptation ont fait l'objet récemment au Canada, nous n'avons pas reconnu le caractère général de nos connaissances et de notre expérience. Nous devons repenser la pratique de la réadaptation dans ce pays. L'article de Flynn et al. relevait l'absence de rapport entre l'invalidité et la situation sur le plan de l'emploi, dans leur étude de suivi. Plusieurs de leurs arguments sont soulignés de la manière la plus claire dans l'article de Michael Holosko, qui étudie non des handicapés, mais des personnes ayant du mal à trouver du travail. Il est intéressant de noter que cet article présente beaucoup d'exemples transposables au domaine de l'invalidité. Il souligne le fait que l'incapacité est en grande partie celle de l'environnement, qui influe sur l'individu; celui-ci n'est pas en soi invalide, et pourtant la plupart de nos programmes de réadaptation sont axés uniquement vers les individus. Nous nous limitons si nous concevons les processus de réadaptation uniquement en fonction de l'individu ou de sa famille, sans être conscients que l'environnement doit également être modifié. Ce chapitre de Holosko nous avertit que, une fois de plus, il vaudrait mieux abandonner certaines de nos nomenclatures pour examiner de beaucoup plus près la programmation et l'évaluation comportementales, ainsi que les dimensions sociales et éthologiques des programmes, qui modifient la nature des besoins selon les personnes.

C'est peut-être une évidence, mais il faut néanmoins reconnaître que, à mesure que nos sociétés se complexifient, l'éventail des invalidités ou handicaps augmente. Par exemple, ceux qui ne peuvent maîtriser la complexité du monde informatique peuvent se retrouver handicapés! Le handicap ne tient pas à l'individu, mais aux problèmes causés par une société en évolution et en progrès. C'est ce que souligne Flynn, qui note l'importance d'une validation locale des outils d'évaluation. La situation locale - et pas uniquement le degré de handicap - constitue sans doute un facteur crucial.

L'étude de Groeneweg et de ses collègues souligne combien il est important d'évaluer à long terme le travail que nous effectuons. Les processus de suivi et d'évaluation qu'ils mentionnent à propos des adultes souffrant d'un handicap mental peuvent être appliqués sur

le plan des principes à d'autres domaines d'intervention. Si nous ne pouvons évaluer nos activités, de préférence de manière conjointe comme le propose Westwood (1986) avec toutes les parties intéressées (y compris le promoteur, l'organisme d'accueil et le groupe bénéficiaire) qui ont un enjeu dans la conception, la mise au point et l'application des techniques d'évaluation, nous n'aurons guère de chances de modifier nos programmes aussi efficacement qu'il le serait possible.

Nous devons enfin reconnaître que les programmes mis au point s'appliquent à tous les âges. L'article de Marlett porte plus particulièrement sur les jeunes, mais d'une certaine façon nous sommes tous en transition, et il convient de souligner l'importance des processus d'intervention sociale et l'opportunité de reconnaître, au lieu de se contenter de fournir des programmes aux individus, que les handicapés doivent décider de ce qui est nécessaire et des domaines sur lesquels ils veulent travailler, sur le plan des objectifs et des besoins. Si nous arrivons à modifier notre attitude envers les clients et à les considérer comme des partenaires dans le processus, comme des personnes dont les besoins et les perceptions du handicap sont importants, nous commencerons à fonctionner de manière différente en tant que professionnels de ce domaine. Marlett expose des méthodes permettant de mettre sur pied des séances d'orientation pour traiter ces cas.

Conclusion

Ce recueil traite de quelques principes généraux de la réadaptation au moyen d'exemples précis. L'idée-force est qu'il existe un domaine de la pédagogie de la réadaptation qui fait intervenir toute une gamme de conseillers et de praticiens comportementaux et sociaux, lesquels doivent connaître les techniques, mais également être conscients que des individus très divers peuvent être desservis par ces processus. La démarche consiste en partie à ne pas se borner à appliquer des interventions à l'individu, mais à chercher à connaître ses préoccupations et à travailler en équipe avec la personne invalide ou handicapée. Souvent, comme la réadaptation est un processus de longue durée, et que les lésions physiques et les attitudes du milieu ont des effets négatifs sur la motivation et l'image que l'handicapé a de lui-même, un certain niveau de structuration est nécessaire en réadaptation. L'art de la réadaptation consiste en partie à savoir quand il faut appliquer une structure et quand il convient d'ouvrir la porte à des

moyens plus créateurs et plus personnels d'auto-orientation du programme de réadaptation. Acquérir cette connaissance et être en mesure d'élaborer et d'appliquer des programmes de ce genre, tel doit être notre objectif en réadaptation.

BIBLIOGRAPHIE

Beck-Ford V. & Brown R.I. (en collaboration avec M. Gillberry & C. Rolf), Leisure Training and Rehabilitation: A Program Manual, Springfield (Illinois), Charles C. Thomas, 1984.

Bronfenbrenner U., "Towards an Experimental Ecology of Human Development", American Psychologist, juillet, 1977, p. 513-531.

Brown R.I. (s.l.d.), Integrated Programmes for Handicapped Adolescents and Adults, A Series in Rehabilitation Education, Vol. 1, Beckenham (Kent), Croom Helm (N.Y.), Nichols Publishing, 1984.

Brown R.I. & Hughson E.A., Behavioural and Social Rehabilitation and Training, Londres, John Wiley & Sons (sous presse).

Clarke A.D.B. & Clarke, A.M. "Recovery from the effects of deprivation", Acta Psychologica, 1959, 16, p. 137-144.

Cobb H.V., Forecast of Fulfillment, New York, Teachers' College Press, 1972.

Lawton M.P., "Sensory deprivation and the effect of the environment on management of the patient with senile dementia", dans N.E. Miller et G.D. Cohen (s.l.d.), Clinical Aspects of Alzheimer's Disease and Senile Dementia (Aging, Vol. 15), New York, Raven Press, 1981.

Mitchell D.R., "A developmental systems approach to planning and evaluating services for persons with handicaps", dans R.I. Brown (s.l.d.), Management and Administration of Rehabilitation Programmes, A series in Rehabilitation Education, Vol. 2, Beckenham (Kent), Croom Helm (San Diego (Californie), College Hill Press), 1986.

Nash J.B., Philosophy of Recreation and Leisure, Dubuque (Iowa), William C. Brown Co., 1953.

Smith A., "Clinical psychological practice and principles of neuropsychological assessment", dans E.C. Walker (s.l.d.), Handbook of Clinical Psychology Theory, Research and Practice, Illinois, Dow Jones-Erwin, 1983.

Westwood R., "Conjoint evaluation as a programme development strategy", dans R.I. Brown (s.l.d.), Management and Administration of Rehabilitation Programmes, A Series in Rehabilitation Education, Vol. 2, Beckenham (Kent), Croom Helm (San Diego (Californie), College Hill Press), 1986.

LE SOUTIEN SOCIAL ET SON INCIDENCE SUR LES SERVICES DE CONSULTATION À L'INTENTION DES HANDICAPÉS

Sharon E. Roberston
Département de psychologie de l'éducation
Université de Calgary

Introduction

Ces dernières années, on a accordé de plus en plus d'attention à l'étude du soutien social, de ses conséquences sur la santé et le bien-être et sur ses fonctions pendant des périodes de crise. À l'instar d'une méthode écologique du counselling, l'examen du système de soutien social d'un individu influence les interventions qui le touchent directement ou qui ont trait à son milieu. Une telle méthode justifie les efforts consentis pour améliorer le fonctionnement psycho-social des handicapés, efforts que préconisent de nombreux spécialistes de la réadaptation (Dunham & Dunham, 1978; Goldenson, 1978 (a); Stubbins, 1977; Vargo, 1979). Dans cet exposé, nous analyserons différents aspects du soutien social et des systèmes de soutien social, en particulier (a) certains des premiers modèles du soutien social, (b) les concepts actuels du soutien social, (c) l'incidence du soutien social sur les handicapés, (d) l'évaluation du soutien social et (e) les stratégies d'intervention. Un certain nombre de recommandations suivront un résumé.

Les premiers modèles

Trois hommes, Gerald Caplan, John Cassel et Sidney Cobb, ont individuellement contribué de manière considérable à l'étude du soutien social et, actuellement, leur influence se fait encore sentir. Nous présentons chacun des modèles qu'ils ont élaborés.

Le modèle de Caplan

Dès 1964, Gerald Caplan, un psychiatre social, a présenté un modèle conceptuel de prévention primaire des troubles mentaux basé sur une théorie des crises et des facteurs qui influencent le déclenchement de ces dernières. Ce modèle est axé sur la présence de personnes importantes pour le maintien de l'intégrité physique et psychologique de l'individu.

Influencé par les théories des crises accidentelles et liées au développement de Erikson (1959), Caplan croyait que pendant la vie, les individus étaient soumis à de courtes crises et à des période de transition de même qu'à des défis à long terme, à des tensions et à des privations exigeant d'eux une capacité d'adaptation. Les changements biologiques et de rôle (c'est-à-dire la naissance, la puberté, la maladie ou la mort d'un proche, l'atteinte de l'état de santé, les accidents, les interventions chirurgicales, l'entrée à l'école, le passage au cours secondaire, la fin des études, un nouvel emploi ou la perte d'un emploi, le mariage, le fait de devenir parent ou la retraite) constituent des risques puisqu'ils représentent une perte, la menace d'une perte ou un défi à relever. Ces deux types de changement donnent lieu à des troubles cognitifs et affectifs et exigent de l'individu qu'il s'adapte pour faire face à de nouvelles situations ou à des problèmes qui semblent insolubles. Pendant ces périodes difficiles, l'individu peut maîtriser la situation et en ressortir plus fort, capable dans l'avenir de réagir avec efficacité non seulement à des tensions semblables, mais aussi à d'autres difficultés, ou qu'il s'adapte mal à la situation difficile et en ressorte avec une santé moins bonne qu'avant la crise. Quelle que soit l'issue de la situation, le nouveau modèle d'adaptation ayant servi pour répondre à la situation sera intégré au répertoire de modèles de l'individu, ce qui augmentera la possibilité que, dans l'avenir, la personne affronte les problèmes d'une façon soit plus, soit moins réaliste.

Les membres importants du groupe social primaire d'un individu (c'est-à-dire la famille proche et les amis) sont influencés par les changements affectant l'individu et, en même temps, influent sur l'issue de la situation difficile. Un groupe bien organisé, dont le système d'autorité est bien défini et acceptable, qui permet aux membres de communiquer librement et dans lequel les rôles des membres se complètent, exercera une grande influence, apportera un appui considérable et aidera à réduire les conflits sur la façon de résoudre les problèmes. Il rassurera aussi la personne troublée et donnera à celle-ci l'occasion d'exprimer et de maîtriser les sentiments négatifs (par exemple, la honte, l'anxiété, la culpabilité, la colère, la tristesse) qui accompagnent inévitablement les situations difficiles. Il peut aussi recourir à des ressources ou à des organismes d'aide externes. D'un autre côté, la famille ou un autre groupe primaire peut empêcher de résoudre les problèmes d'une manière adéquate en évitant ou en niant leur existence, en ne tenant pas compte des besoins

émotionnels de la personne troublée, ce qui accroît l'anxiété ou l'hostilité de cette personne, ou en étant incapable de reconnaître ou de suggérer des modes d'adaptation adéquats. Puisque la famille, les amis et d'autres sources informelles d'aide constituent les groupes vers lesquels l'individu se tournera vraisemblablement en cas de besoin et, par le fait même, qui devraient influencer l'issue de la crise d'une façon positive ou négative, Caplan soutient que, pour rendre les interventions efficaces, elles doivent avoir lieu non seulement auprès de la personne en difficulté, mais aussi auprès de la famille de celle-ci et des autres membres du groupe primaire.

L'apport de Cassel et de Cobb

Plus tard, John Cassel et Sidney Cobb, deux épidémiologistes, ont cherché à comprendre les raisons pour lesquelles certains deviennent malades à cause de leur incapacité de faire face aux événements stressants de la vie, alors que d'autres sont capables d'employer les ressources nécessaires à une saine adaptation. Suite à une analyse détaillée de la documentation sur le sujet, ils ont conclu que les personnes confrontées à de hauts niveaux de stress et qui ont recours à l'appui d'autres personnes ou en sachant pouvoir le faire n'ont pas connu les problèmes de santé de celles qui étaient relativement seules ou qui ne se sentaient pas soutenues.

D'après Cassel (1974), les phénomènes psychosociaux déclenchent des réponses qui dépendent de l'information perçue dans ces phénomènes. Quand, lors de situations stressantes, ils se traduisent par des "réactions transmises par des signes et des signaux provenant du groupe primaire, qui rétablissent les déviations cognitives, émotionnelles et du comportement" (Gottlieb, 1983, p. 21), ils jouent un rôle de soutien et de protection, atténuant les conséquences physiologiques et psychologiques de la situation de stress. D'un autre côté, la vulnérabilité d'un individu augmente si on donne à ce dernier l'impression que ses gestes auront des conséquences désirables ou auxquelles on s'attend. Le modèle du soutien social de Cassel met donc l'accent sur l'importance pour l'individu d'obtenir des <u>réactions</u> des membres du groupe primaire lorsqu'il est soumis à une expérience qui peut s'avérer stressante. Selon Cassel, plutôt que de réduire l'exposition au facteur de stress, il faudrait améliorer et renforcer le soutien social.

Cobb (1976) a fourni un autre point de vue sur la question. Il a considéré le soutien social comme <u>de l'information</u> qui porte la personne à <u>croire</u> qu'on l'aime

et qu'on tient à elle (soutien émotionnel), qu'elle vaut quelque chose et qu'on l'estime (soutien favorisant l'estime de soi) ou qu'elle est un membre d'un réseau où la communication et les obligations des uns envers les autres sont importantes. Cobb a insisté sur le fait ce concept repose sur l'information et non sur l'offre de biens, de services ou l'organisation d'activités. De plus, c'est la façon dont l'individu perçoit l'information plutôt que l'information elle-même qui détermine si elle l'aidera ou non. En ce sens, le concept du soutien social de Cobb comporte à la fois des aspects cognitifs et phénoménologiques (Gottlieb, 1983). Cobb croit que, en raison de l'importance des effets du soutien social sur la santé, tous devraient apprendre à en disposer et à en recevoir.

Les concepts modifiés de Caplan

En intégrant les théories de Cassel (1974) sur l'importance des réactions adéquates du groupe social primaire au modèle qu'il a élaboré antérieurement, Caplan (1974) décrit les systèmes de soutien social comme "un ensemble de relations sociales continues (c'est-à-dire une suite d'interactions avec une autre personne, un réseau, un groupe ou un organisme) qui permet aux individus d'obtenir des réactions sur eux-mêmes et des réponses positives à leurs attentes, ce qui peut contrebalancer les lacunes de ce type de communications avec la collectivité en général" (1974, p. 4). La principale caractéristique de ces groupes sociaux, qui constituent des moyens de prévention contre la maladie, est que leurs membres sont considérés comme des individus uniques ayant des besoins personnels qui méritent d'être respectés et auxquels on doit répondre. Les membres se parlent de leurs attentes, se conseillent, observent leurs façons d'agir, se félicitent périodiquement et se critiquent au besoin. Comme tels, ils assurent les fonctions de comparaison sociale qu'on attribue aux groupes de référence. Selon Caplan (1974, p. 6), le soutien est vraisemblablement constitué de trois éléments: "les personnes importantes aident l'individu à employer ses ressources psychologiques et à maîtriser ses problèmes émotifs, ils partagent ses tâches et ils lui procurent l'argent, le matériel, les instruments, les compétences et l'expérience supplémentaires nécessaires pour mieux faire face à la situation". Ils peuvent aussi servir de refuge où l'individu peut s'abriter pour se rétablir et se reposer après avoir subi des tensions extérieures.

Dans toutes les sociétés, le système de soutien le plus courant est le conjoint ou la famille (Caplan, 1976), mais Caplan croit que beaucoup d'établissements professionnels ou communautaires de même que des systèmes naturels (des unités sociales non professionnelles ou informelles, en particulier des organisations d'entraide et des soins dispensés d'une personne à une autre, qu'ils soient spontanés ou organisés) peuvent faire partie des systèmes de soutien. Killilea (1976) donne des exemples d'un grand nombre de groupes d'entraide (par exemple, les Weight Watchers, les Alcooliques anonymes, le groupe Widow-to-Widow, la Ligue La Leche). Parmi ceux-ci, on retrouve des groupes d'aide aux personnes qui doivent apprendre à vivre avec des handicaps (par exemple, les groupes d'entraide pour les gens qui bégayent, pour les paraplégiques, pour les personnes qui ont un anus artificiel, qui souffrent d'une maladie cardiaque ou qui ont subi une laryngectomie ou une mastectomie et pour les parents des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer). L'aide provenant des pairs comprend la consultation d'égal à égal, les enfants enseignant aux enfants ou les gens âgés aidant aux gens âgés. Caplan (1974) suggère que les voisins qui ont des besoins semblables et des ressources complémentaires s'unissent pour fournir les services dont ils ont besoin collectivement (par exemple, la Surveillance de quartier, Parents secours, le covoiturage et la vie communautaire). Suivant ce modèle, Caplan insiste sur la nécessité, pour les spécialistes, d'encourager cette aide informelle et de faciliter l'établissement de groupes d'entraide pour que les gens parviennent à assurer leur propre soutien.

Concepts Actuels

Depuis l'élaboration des concepts mentionnés ci-dessus, on a tenté, par des recherches approfondies, de comprendre les formes du soutien social, les caractéristiques des réseaux de soutien de même que les mécanismes qui assurent son fonctionnement. Le texte qui suit décrit chacun de ces aspects.

Les formes d'appui social

À l'exemple de Caplan (1974), Kahn et Antonucci (1980) ont défini le soutien social suivant trois éléments, les trois A: l'affect, l'affirmation et l'aide. Le soutien peut mettre en jeu de la bienveillance ou une intimité émotive (l'affect), des commentaires sur le bien-fondé des actions et des pensées de la personne en cause (l'affirmation), et la

disponibilité et le recours à une aide directe, que ce soit sous forme d'argent, de temps, d'efforts, etc. (l'aide).

Gottlieb (1978) a recueilli des données sur la conception que les gens en général se font de l'appui et a mis au point un système de classification des comportements en situation de soutien informel à partir de ces données. Ces comportements ont été divisés en quatre catégories: (a) les comportements liés au soutien émotionnel, (b) les comportements liés à la recherche de solutions aux problèmes, (c) l'influence personnelle indirecte et (d) l'influence du milieu. L'analyse des formes de soutien de Gottlieb a donné de l'essor au mouvement qui vise à définir de façon plus spécifique le soutien social en fournissant des descriptions opérationnelles des comportements de soutien, lesquelles constituent la base d'un grand nombre d'instruments d'évaluation récents.

À l'aide de la recherche antérieure et d'un équilibre entre une vue d'ensemble et la spécificité, House (1981) a élaboré un concept multifactoriel du soutien social. Il considère ce soutien comme un échange interpersonnel qui met en jeu au moins un des points suivants: (a) des préoccupations émotionnelles fondées sur de la bienveillance, de la confiance et de l'empathie; (b) de l'aide indispensable, qui comprend l'offre de biens et de services; (c) un soutien informationnel, qui consiste à donner des renseignements ou à enseigner des habiletés qui peuvent permettre de régler un problème; et (d) un soutien en évaluation, qui constite à donner de l'information pour aider la personne à évaluer ses réalisations. House estime que ces catégories ne doivent pas être vues comme des entités indépendantes, mais plutôt comme des composantes interreliées.

Gottlieb (1983) a par la suite affirmé que "le soutien social prend la forme d'information ou de conseils verbaux ou non verbaux, d'aide tangible, d'agissements des intimes ou de ce que l'on peut déduire de leur présence et a des effets bénéfiques sur le comportement de la personne troublée" (p. 28). Il a aussi insisté sur le fait que le soutien social est "une relation continue d'interdépendance entre individus: la mutualité est sa pierre angulaire" (p. 28). Cet accent sur la mutualité rappelle la conception de Cobb du soutien social, lequel serait fourni grâce à un réseau de communications et d'engagements mutuels. Notons que Gottlieb a non seulement mis l'accent sur les services offerts ou disponibles, mais aussi insisté sur l'importance de leurs effets pour le bénéficiaire. Comme

l'a souligné Caplan plus tôt, les interactions d'un individu avec d'autres personnes peuvent avoir des effets bénéfique ou conflictuels. Seules les interactions dont les effets sont bénéfiques devraient être considérées comme étant du soutien.

Plus récemment, après avoir rassemblé les résultats des travaux d'autres chercheurs, Cohen et Wills (1985) ont décrit les quatre sources de soutien suivantes:

1) le soutien lié à l'estime (renseignements par lesquels la personne se sent valorisée et acceptée - souvent désigné sous le nom de soutien émotionnel;

2) le soutien informationnel (assistance apportée à une personne pour qu'elle puisse identifier, comprendre et affronter les situations problématiques - souvent désigné sous le nom de service de conseils, de soutien en évaluation ou d'orientation cognitive);

3) le compagnonnage social (le fait de s'adonner à des activités récréatives ou de loisir en compagnie d'autres personnes - souvent désigné sous le nom d'appartenance);

4) le soutien instrumental (le fait d'apporter une aide financière ou matérielle, ou de fournir des services essentiels - aussi désigné sous le nom d'aide, de soutien matériel ou de soutien tangible).

Selon Cohen et Wills (1985), ces quatre formes de soutien peuvent former quatre concepts distincts, mais elles ne sont habituellement pas indépendantes l'une de l'autre habituellement (c'est-à-dire que la personne qui bénéficiera d'un plus grand compagnonnage social recevra probablement plus de soutien matériel et d'estime.

Le soutien social est donc plus couramment considéré comme un ensemble de formes d'appui interreliées: (a) de soutien émotionnel et de soutien lié à l'estime; (b) de soutien instrumental ou d'aide tangible et de services; (c) de soutien informationnel ou d'orientation cognitive; et (d) de compagnonnage social. La plupart des concepts du soutien social suggèrent implicitement que le bénéficiaire entretient des relations sûres avec d'autres personnes qui se soucient réellement de son bien-être, certaines d'entre elles étant prêtes à fournir, au besoin, des services ou des ressources.

Réseaux de soutien social

À la notion de soutien social est étroitement liée celle de réseau social. D'après Saulnier (1982), tout individu fait partie d'un réseau social constitué de l'ensemble des relations sociales de cet individu. Des interactions de ce réseau découle le soutien social. Cependant, le réseau social n'apporte pas nécessairement de l'appui. Il peut le faire, mais il peut aussi être destructeur, sans importance ou simplement peu efficace. De tout le réseau social d'un individu, seul le groupe de personnes qui apportent couramment leur appui est considéré comme le réseau de soutien social ou le système de soutien social (Thoits). D'après Gottlieb (1983), "il n'existe rien qu'on puisse appeler un système de soutien. Chaque individu s'intègre dans un réseau social composé de personnes étroitement liées qui jouent un rôle important dans la vie affective de l'individu et qui, à différents moments ou suite à diverses exigences de la vie, apportent leur appui ou sont source de tensions" (p.29). Le soutien social n'est donc pas statique et les échanges avec une même personne du réseau social peuvent parfois aider, parfois causer des conflits.

Il est possible d'analyser les propriétés structurales et fonctionnelles du réseau social. Les caractéristiques structurales du réseau décrivent quantitativement les relations (par exemple le nombre, la composition, la densité ou l'étroitesse des liens, l'accessibilité, la fréquence, la stabilité, l'homogénéité, la répartition géographique des relations, etc.). La structure est importante puisqu'elle peut exercer une très grande influence sur la continuité des sources de soutien (Thoits, 1982). Les caractéristiques fonctionnelles du réseau désignent la mesure dans laquelle les ressources particulières (par exemple, le soutien émotionnel, le soutien informationnel et l'aide matérielle) sont fournies, requises ou refusées. Elles ont donc rapport à la fréquence, à la quantité, à la pertinence et à la qualité du soutien reçu des divers membres du système. La qualité et l'intensité de l'engagement découlant de tout échange (la réciprocité) constituent une autre variable fonctionnelle à considérer (Hurd, Pattison, & Llamas, 1981). Notons que le degré de soutien que fournissent les réseaux n'équivaut pas nécessairement au degré perçu, c'est-à-dire à la mesure dans laquelle un individu croit ses besoins de soutien social satisfaits (Procidana & Heller, 1983). Le débat se poursuit sur l'importance d'étudier les aspects quantitatifs par rapport aux aspects qualitatifs du

soutien, de même que l'appui perçu par rapport à l'appui fourni.

Il n'existe aucun réseau unique qui permette de répondre aux besoins de toutes les étapes d'une vie, mais des réseaux différents dont l'envergure, la densité et la composition varient et paraissent appropriés à diverses situations. Le nombre de preuves sur le lien entre l'isolement ou le manque de confidents et diverses formes de psychopathologies ne cesse de croître. De plus, différents facteurs (par exemple, les maladies chroniques) peuvent rétrécir le réseau, bien que la qualité du soutien puisse demeurer élevée. Il semble que les réseaux denses et les réseaux peu structurés répondent à des besoins différents, le groupe des réseaux très structurés et celui des réseaux très peu structurés pouvant tous deux fonctionner relativement mal. Les groupes denses d'un réseau répondraient aux besoins émotifs, alors que les structures moins rigides comprenant des liens internes peuvent fournir de l'information et du soutien pour aider aux changements d'identité. Un réseau de structure très dense peut "lier" l'individu, alors qu'il est possible qu'un réseau très souple ne crée pas les liens qui transmettent à l'individu un sentiment d'appartenance. Différentes structures peuvent donc être requises au cours de la vie. Suite à une grande épreuve, on peut sentir le besoin de recourir à un réseau de soutien moral très dense, alors qu'en temps de réorientation, un réseau souple comportant des relations plus variées et étendues peut s'avérer plus adaptatif. Nous comptons habituellement sur les voisins et les amis pour nous rendre service et pour nous aider en situation d'urgence ou pendant nos périodes de problèmes à court terme, alors que notre parenté nous apporte une aide financière et à long terme. Les formes du soutien social varient non seulement en raison des difficultés auxquelles fait face l'individu, mais aussi en raison du stade de la crise (Saulnier, 1982). Il est important de garder ces facteurs à l'esprit lors de l'examen du réseau de soutien social d'une personne.

Les mécanismes du soutien social

Le mécanisme de fonctionnement du soutien social constitue un des points litigieux du débat sur le soutien social et son incidence sur la santé. De nombreuses études démontrent l'existence d'une relation entre le soutien social et le bien-être, mais cette relation peut toutefois s'établir suivant deux processus très différents. Selon un premier modèle, le soutien social aurait un effet direct sur la santé et le bien-être. Son

apport continuel serait donc bénéfique, que la personne soit tendue ou non. Selon le deuxième modèle, celui de l'effet indirect, le soutien serait relié seulement ou principalement au bien-être si l'individu est soumis au stress. On qualifie ce modèle de "tampon" parce qu'il est présumé que le soutien protège contre les effets pathologiques éventuels des facteurs de stress. Quoiqu'il existe des arguments en faveur de l'un ou l'autre de ces deux modèles, Gottlieb (1983) a élaboré un modèle suivant lequel les effets directs et indirects du soutien social seraient possibles.

Les auguments en faveur des effets directs, bénéfiques et généralisés du soutien social sont étayés de deux théories sociologiques, soit l'interactionisme symbolique et la théorie de l'anomie de Durkheim (Thoits, 1983). Selon l'interactionisme symbolique, l'auto-évaluation et l'identité sociale tirent leur origine de l'interaction sociale. Puisque le soutien social aide à améliorer ou à maintenir l'estime de soi et l'identité sociale, il devrait avoir un effet direct sur l'état psychologique d'un individu. Selon la théorie de l'anomie de Durkheim (Durkheim, 1951), l'intégration sociale assure le bien-être psychologique. En se conformant à des règles de conduite établies (à des normes), les membres de groupes sociaux retirent une certaine confiance et l'impression d'avoir un but dans la vie. L'individu est alors protégé de l'incertitude et du désespoir qui mènent à des troubles de fonctionnement. Il peut résulter de cet appui un effet bénéfique généralisé pour le bien-être, car les réseaux considérables de soutien social permettent à l'individu de vivre régulièrement des expériences positives, de jouer un certain nombre de rôles établis socialement valorisés, d'avoir une certaine sécurité face à l'avenir et de reconnaître sa propre valeur. Une personne qui se joint à un réseau de soutien social peut aussi s'éviter des expériences négatives tels des ennuis juridiques et financiers, qui augmenteraient sa vulnérabilité aux troubles psychologiques et physiques.

Les arguments en faveur des effets tampons ou protecteurs du soutien social sont basés sur l'hypothèse selon laquelle le stress apparaîtrait lorsqu'une personne juge une situation menaçante ou exigeante et ne réagit pas de façon appropriée. Le soutien peut agir sur le facteur de stress (ou sur l'impression qu'un tel facteur existe) et sur la réaction au stress en réduisant ou en empêchant une réponse à une situation qu'on a jugée comme présentant un niveau de stress élevé. En d'autres mots, si une personne croit que d'autres peuvent lui apporter les ressources dont elle a besoin et le feront, il est

possible de diminuer la perception du danger que comporte une situation ou d'accroître sa confiance en sa capacité d'adaptation pour répondre aux exigences de la situation. De même, un soutien adéquat peut empêcher le déclenchement des effets pathologiques suivant une situation de stress en réduisant ou en éliminant la réaction au stress, ou en influençant directement les réactions physiologiques. Grâce aux solutions proposées, à la diminution de la réactivité au stress ou à la facilitation d'un comportement sain, les personnes qui font partie du réseau de soutien social d'un individu peuvent diminuer les conséquences du stress perçu par cet individu (House, 1981).

Bien que de nombreux arguments appuient l'hypothèse de l'effet tampon, Thoits (1983) affirme que cette hypothèse comporte de sérieuses lacunes quant à ses concepts et que plus d'attention devrait être accordée à l'étude du modèle sur l'effet direct du soutien social. Dans une étude récente visant à déterminer si les liens positifs entre le soutien social et le bien-être devraient être attribués à un effet direct ou à un effet tampon, Cohen et Wills (1985) ont fait une analyse complète de la recherche sur les systèmes de soutien informels (c'est-à-dire la famille, les amis ou les collègues de travail) et les symptômes reliés aux problèmes psychologiques ou physiques. Ils ont conclu qu'il existe des arguments en faveur de l'un ou l'autre des modèles suivant le type de mesures ou du soutien social employés dans l'étude. Les arguments appuyaient le modèle sur les effets directs quand on mesurait l'appui (généralement à l'aide de différents éléments du soutien structurel) en évaluant le degré d'intégration d'une personne à un vaste réseau social. Ils appuyaient le modèle des effets tampons quand on évaluait la perception des ressources interpersonnelles disponibles pour répondre aux besoins issus des situations de stress. Les études pour lesquelles on a eu recours à des instruments de soutien qui encouragent l'estime et les fonction de soutien ont toutes appuyé le modèle sur les effets tampons. La documentation sur le sujet apporte peu d'arguments prouvant que les gens confrontés à des facteurs de stress donnés seraient mieux protégés par un type de soutien fournissant des moyens d'adaptation à ces facteurs de stress, mais il est nécessaire de poursuivre la recherche en ce domaine. Cohen et Wills (1985) ont conclu que "les deux modèles du soutien social sont adéquats sous certains aspects, mais chacun représente un mécanisme différent par lequel le soutien social peut modifier le niveau de bien-être" (p. 310). De toute évidence, comme le montre le modèle de Gottlieb (1983),

si l'appartenance à un réseau social favorise le bien-être, elle n'aide pas nécessairement à faire face au stress quand des ressources données sont requises. Ce résultat parle en faveur du modèle de Gottlieb (1983).

Le soutien social et les handicaps

La réadaptation constitue un vaste domaine. Dans l'introduction de son manuel sur le handicap et la réadaptation, Goldenson (1978b) définit le handicap comme "toute incapacité physique ou mentale chronique résultant d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un problème congénital" (p. xvii). Des états aussi différents que la fibrose kystique, la déficience mentale, l'hypertension, la maladie mentale, le diabète et les problèmes orthopédiques sont classés dans la catégorie "handicaps". Un examen détaillé de la relation entre le soutien social et chaque type de handicap dépasserait largement le cadre de cette étude. Néanmoins, nous présenterons un résumé très succinct des principaux aspects du travail ayant trait aux troubles psychologiques et aux handicaps physiques.

Le soutien social et les troubles psychologiques

Pendant les cinq dernières annnées, la relation étroite entre le soutien social et les troubles psychologiques a fait l'objet de nombreuses études (Cohen & Wills, 1985; Gottlieb, 1983; Leavy, 1982; Saulnier, 1982). Après avoir passé en revue la recherche sur le sujet, Leavy (1982) a conclu que le soutien social des personnes présentant des problèmes physiques ou psychologiques diffère considérablement de celui des personnes ne présentant pas ces problèmes en ce que, pour les premières, les systèmes de soutien sont moins grands, encouragent davantage les liens extra-familiaux et sont plus souvent unilatéraux que réciproques (du moins parmi les personnes troublées). De même, Saulnier (1982) croit que les personnes présentant diverses formes de pathologies ont des réseaux de soutien peu étendus, mais que l'accent mis sur les liens avec des parents ou des personnes autres varie suivant le type d'affection. La présence d'une personne intime et de confiance (en particulier d'un époux) semble aider les femmes soumises au stress à éviter la dépression. Le réseau social très limité des schizophrènes paraît comporter surtout des membres de la famille et peut être considéré comme "contraignant". Les névrosés ont des systèmes de soutien dans lesquels les relations entre les membres sont peu nombreuses. Les membres des familles où règne la

violence ont tendance à s'isoler et reçoivent peu de soutien pour les soulager de la garde des enfants ou n'en reçoivent pas du tout.

Un certain nombre de conclusions ont été tirées du travail sur le soutien social et les troubles psychologiques. Puisque le réseau social d'un client peut influencer l'évolution et les résultats d'un traitement, l'évaluation globale du client devrait comprendre l'évaluation de son milieu social. Celle-ci devrait servir à identifier l'étendue des ressources de soutien disponibles, l'accent étant mis sur la variété des sources de soutien, le degré de réciprocité, l'équilibre entre le stress issu d'une situation et le soutien obtenu dans le cadre d'interactions continues avec chacun des membres du réseau et l'habileté avec laquelle l'individu crée et entretient des relations sur lesquelles il peut compter, et y a recours. Selon Gottlieb (1983), les attitudes et les comportements des membres du réseau face au traitement devraient aussi être évalués. On devrait effectuer cette évaluation pendant la première entrevue, de façon périodique au cours de la période de traitement, à la fin du traitement et au contrôle.

On peut intervenir de différentes façons au sein du réseau dans le but de le restructurer et d'améliorer la communication entre ses membres (par exemple, à l'aide d'une thérapie familiale ou d'une thérapie pour le réseau entier) de façon à rétablir la stabilité et la réciprocité. De plus, des méthodes permettent d'insister sur le renforcement des relations avec certains membres du réseau, alors que d'autres encouragent la création de liens extra-familiaux par des moyens tels les groupes d'entraide ou les programme de psychologie de l'éducation. Les récentes démarches entreprises dans le but de sortir les malades chroniques des institutions ont connu des résultats contradictoires et, comme le remarque Gottlieb (1983), la création de liens sociaux et le recours à des sources de soutien informelles adéquates devraient être encouragés auprès des malades chroniques vivant dans des établissements locaux.

Le soutien social et les handicaps physiques

La valeur du soutien social comme moyen de diminuer la vulnérabilité aux atteintes physiques et aux handicaps et de faciliter le rétablissement suite aux maladies a pendant quelque temps fait l'objet de recherches. Après avoir passé en revue les preuves à l'appui de l'effet tampon du soutien social contre les dangers du stress pour la santé, Cobb (1976, p. 300) mentionne:

"Il semble que le soutien social peut éviter aux personnes en crise de souffrir d'un grand nombre d'états pathologiques tels un poids insuffisant la naissance, l'arthrite, la tuberculose, la dépression, l'alcoolisme ou le syndrome de dépression sociale de même que la mort. De plus, le soutien social peut réduire la quantité de médicaments dont a besoin une personne, accélérer son rétablissement et faciliter son observation des recommandations médicales."

Les besoins psychosociaux du patient et l'influence de ses réseaux sociaux sur son adaptation à des maladies variées ont été étudiés: Doehrman (1977) et Gottlieb (1983) ont examiné la recherche sur les cardiopathies; Dushenko (1981), Hymovich et Baker (1985), et Patterson (1985) ont traité la fibrose kystique; Johnson (1980) ainsi que Hauser, Jacobson, Westlieb, Bunt et Wentworth (1985) se sont intéressés au diabète juvénile; Gottlieb (1983) et Meyerowitz (1980) ont concentré leurs recherches sur le cancer du sein; et King (1980) a étudié l'asthme chez les enfants. Après une analyse détaillée des études sur le soutien social dans le but d'évaluer son influence sur le rétablissement suivant une maladie aiguë et l'adaptation à des maladies et traumatismes physiques graves tels que l'asthme, l'hypertension, l'hémorragie cérébrale, les maladies coronariennes et l'infarctus du myocarde, le cancer, la mastectomie et les affections musculo-squelettiques, Di Matteo et Hays (1981) ont conclu que, de fait, le soutien social peut être associé au rétablissement et à l'adaptation. Ils soulignent toutefois que la recherche comportait certaines limites et que le milieu social peut avoir des effets positifs ou négatifs sur le rétablissement des patients. De plus, si l'on croit que le soutien social contribue grandement à réduire les conséquences physiques et psychologiques des maladies (Saulnier, 1982), selon Cohen et al (1985), les mécanismes liés au déclenchement de maladies physiques graves restent à déterminer.

D'après Cohen et Lazarus (1979), presque toutes les maladies graves menacent les individus dans une certaine mesure. Les dangers imposés sont habituellement des dangers menaçant la vie même, l'intégrité et le bien-être corporel, l'image de soi et les projets d'avenir, l'équilibre émotif et la réalisation des fonctions et des activités sociales habituelles, de même que les dangers associés au besoin de s'adapter à un nouveau milieu physique ou social. Alors que des maladies et interventions médicales variées créent des besoins d'adaptation

différents, le même danger peut donner naissance à des maux différents.

Vargo (1978) a décrit un certain nombre de stades (le refus, la colère et la dépression) par lesquels passent les handicapés physiques avant d'atteindre un équilibre psychologique leur permettant de s'adapter à leur handicap, et il a souligné à quel point il est important que les conseillers soient capables d'élaborer des stratégies compatibles avec la dynamique personnelle et interpersonnelle particulière à chaque stade. De même, Gottlieb (1983) a remarqué que les patients souffrant de maladies cardiaques et les femmes atteintes du cancer du sein doivent passer par un même ensemble d'adaptations psychosociales, dont l'une est de faire face au danger menaçant leur santé à long terme et aux réactions émotionnelles qui s'ensuivent, soit, habituellement, à l'anxiété et à la dépression. Les autres adaptations psychosociales de ces patients comprennent (a) l'adoption de nouveaux modes de vie permettant l'adaptation aux changements de l'état de santé physique; (b) la lutte contre les réactions de la famille et des proches, dont les stratégies d'adaptation peuvent ne pas correspondre avec celles du patient puisque souvent, pendant la période de rétablissement, les membres du réseau social surprotègent la personne atteinte ou exigent trop d'elle; (c) l'acceptation des changements de la conscience de soi et le retour de l'estime de soi; et (d) les efforts visant à surmonter les préoccupations au sujet de l'attirance physique et de la capacité à entretenir des rapports physiques résultant de la difformité causée par la mastectomie ou de la réduction des activités imposée par les interventions suivant les maladies coronariennes. Ce n'est généralement pas le personnel médical qui aide le patient à s'adapter, mais plutôt le réseau social primaire du patient (en général, sa famille), après la sortie de l'hôpital.

Les effets bénéfiques éventuels du soutien social lors du rétablissement suivant une maladie ou un traumatisme graves ont fait l'objet de recherches (Di Matteo et al, 1981). Une personne malade accorde souvent une grande valeur aux formes tangibles du soutien social telles que l'aide financière, les courses et la garde d'un enfant. Le soutien social tangible peut contribuer à diminuer la douleur, la fatigue et les inquiétudes de la personne malade, de même qu'aider cette dernière à se plier aux exigences de sa thérapie. Les réactions de l'entourage peuvent permettre à la personne malade d'évaluer le danger d'une situation et de se préparer à y faire face d'une manière appropriée. Les personnes

physiquement malades ou handicapées en particulier se tournent vers les autres pour faire confirmer leur propre valeur et pour savoir comment on juge leurs comportements, ce qui influence leur image et leur estime de soi. En période de maladie, le réseau social peut aussi fournir l'occasion de discuter de ses sentiments, d'exprimer ses émotions et de créer des relations d'intimité. De plus, les proches de la personne handicapée seront probablement les plus aptes à faire modifier les attitudes et les comportements de cette dernière, particulièrement en ce qui a trait à l'observation des recommandations médicales qui obligent à des changements difficiles.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer à plusieurs reprises, le réseau social peut avoir un effet négatif sur l'individu, ce qui est aussi le cas quand il s'agit d'une personne se rétablissant d'une maladie physique. Les maladies ou traumatismes graves peuvent infliger un excès de tension à la famille de la personne lésée, ce qui compromet l'équilibre de la famille (Di Matteo et al, 1981; Hymovich et al, 1985; Patterson, 1985; Vargo, 1979). Si la personne atteinte reçoit trop d'attention, il est possible que les autres membres du système familial voient leurs ressources s'épuiser graduellement et présentent des maladies et des symptômes chroniques, des frustrations et des conflits interpersonnels. Le "fardeau" (émotionnel, physique ou financier) qu'elle fait porter à sa famille peut affliger la personne atteinte. Si l'on ne tente pas de résoudre les questions d'équité et de réciprocité concernant le soutien, il se peut que chacun des membres se détache des autres membres de la famille, situation qui s'accompagnera de la destruction des liens émotifs. La personne atteinte doit donc apprendre comment offrir aux autres sont soutien. De plus, il est probable que les membres du réseau social empêchent la personne atteinte de se soumettre aux exigences prescrites par le traitement si celles-ci vont à l'encontre de leurs valeurs, de leurs croyances et des modèles de conduite habituels de la famille.

Des études ont décrit la façon dont les réseaux sociaux peuvent compromettre l'adaptation psychosociale des personnes souffrant du cancer. Thomas (1978) a remarqué que les adaptations des patientes ayant subi une mastectomie et des membres de leur famille concordaient pendant certaines phases de la période de diagnostic et de traitement et différaient pendant d'autres phases, engendrant des tensions très élevées. D'une manière générale, pendant la phase précédant le diagnostic, la patiente et son époux refusent d'entrevoir la possibilité d'un cancer. Par la suite, alors que l'adaptation de la

patiente consiste à nier la gravité de la maladie, les membres de la famille essaient de faire face à la situation et de convaincre la patient de faire de même. Cette divergence des modes d'adaptation peut semer la colère entre les parties, la confusion sur la façon de répondre aux besoins des autres et l'incertitude quant aux conséquences de la maladie sur le fonctionnement futur de la famille. Les interventions de soutien non seulement doivent s'adresser aux besoins émotifs de la patiente et de la famille, mais aussi viser l'enseignement de méthodes d'appui mutuel qui ne nuisent pas aux comportements revêtant une valeur adaptative pour les deux parties (Gottlieb, 1983).

Vargo (1979) et Seligman (1985) ont remarqué que les familles dont l'un des membres est handicapé ont besoin de services de consultation. De même, selon Doherty (1985), Patterson (1985) et Hymovitch et al (1985), les spécialistes devraient renseigner, assister et encourager les familles en ce qui concerne les traitements médicaux à domicile. Ils doivent les stratégies d'adaptation qu'elles utilisent, favoriser celles qui donnent de bons résultats et recommander des solutions de rechange pour celles qui n'en donnent pas. Selon Vargo (1979), les familles ont besoin d'aide pour comprendre le handicap d'un de leurs membres, pour accepter ce handicap de même que leurs propres sentiments, pour comprendre les facteurs psychologiques qui influent sur l'adaptation de la personne handicapée et pour redéfinir les relations familiales. Puisque le degré de soutien social fourni aux handicapés physiques et à leurs familles pendant la période de rétablissement peut avoir une influence sur leur adaptation au handicap, on devrait accorder plus d'attention à ce facteur lors du traitement. Récemment, certains ont aussi insisté sur le besoin d'offrir du soutien aux familles de personnes souffrant d'autres formes de handicap (par exemple, aux familles de personnes présentant des troubles de développement) (Bubolz & Whiren, 1984; Giele, 1984; Kazak & Marvin, 1984; Schilling, Gilchrist, & Schinke, 1984).

Évaluation du soutien social

Suivant les concepts du soutien social décrits plus tôt, l'évaluation du soutien social peut fournir de l'information sur un certain nombre de facteurs, soit (a) la structure du réseau de soutien social (par exemple), son étendue, ses relations mutuelles, sa densité et son accessibilité), (b) la nature du soutien fourni, (c) la personne qui accorde le soutien (c'est-à-dire si c'est un membre de la famille, un ami, un spécialiste ou un

étranger), (d) l'évaluation subjective du soutien fourni, (e) la longueur de la période pendant laquelle le soutien est fourni, (f) les activités dans le cadre desquelles le soutien est fourni et (g) le mécanisme par lequel l'individu crée et entretient des relations d'aide et y a recours (Barrera, 1981; Leavy, 1982). Le but d'une évaluation semblable comportant de multiples volets est d'examiner la nature du soutien social disponible, les caractéristiques structurales et fonctionnelles du système de soutien, de même que les mécanismes de recours à ce système. Malheureusement, il n'existe aucun instrument de mesure unique pour réaliser cette évaluation. Toutefois, il est possible d'avoir recours à des méthodes formelles et informelles pour obtenir un tableau plus complet des réseaux et des modes de soutien social, quoique ces méthodes ne soient pas toutes appropriées à tous les clients. Dans le cas des personnes handicapées, la méthode choisie dépend du handicap et, quand c'est possible, des adaptations devraient être apportées à l'évaluation.

Méthodes d'évaluation informelles

La méthode la plus simple permettant d'obtenir de l'information sur les valeurs psychosociales d'un client consiste à poser des questions pertinentes à ce client pendant son entrevue en consultation, soit des questions sur sa famille et ses amis, la nature de chacune de ses relations et l'effet négatif ou positif qu'elle peut avoir sur le comportement, ainsi que la pertinence que le client voit dans ses relations. Il est important de se rappeler que certains chercheurs (Brown, Bhrolchain, & Harris, 1975) ont conclu qu'un client qui a un certain nombre de confidents a de fortes chances d'être satisfait de son réseau. Une insuffisance de liens étroits ou de confidents indique habituellement que le client éprouve certains problèmes. En raison de l'influence éventuelle du réseau social sur les progrès du client, Gottlieb (1983) suggère que l'on pose au client des questions concernant ce que pensent les membres de son réseau de son handicap, concernant leurs attentes face au traitement et leurs réactions face aux objectifs, aux plans et aux méthodes établis durant les séances de consultation. Le conseiller peut alors évaluer périodiquement les réactions du réseau primaire suite aux interventions faites en consultation. Les renseignements obtenus lors de l'entrevue peuvent ensuite être vérifiés ou étudiés plus à fond grâce à un certain nombre d'autres méthodes.

Il est possible d'employer deux techniques générales pour identifier les personnes que le client fréquente régulièrement et pour porter un jugement sur la valeur du réseau de soutien social du client. La première consiste à demander au client de tenir un journal après lui avoir donné des instructions précises sur ce qui doit y paraître (par exemple, le nom de toute personne avec laquelle il a tenu une conversation, le sujet abordé, les sentiments soulevés par la rencontre ou la personne, le nom de toute personne qui a aidé le client à terminer certaines tâches et la contribution de cette personne). Le client devrait écrire son journal quotidiennement pour que le conseiller puisse ensuite en faire ressortir les différents aspects du système de soutien.

Des activités structurées (Ashinger, 1985; Gottlieb, 1983, 1984) ont été mises au point pour guider les personnes qui cherchent à évaluer leurs sources de soutien social, à explorer leurs impressions sur les types et la qualité du soutien qu'ils fournissent ou reçoivent et à apporter des modifications à leur vie qui puissent en renforcer les sources de soutien. Lors de l'activité décrite par Gottlieb (1984), on demande aux clients de faire le bilan de leur réseau social primaire en mentionnant certaines de ses structures, notamment sa taille, sa composition, son degré de cohésion (sa densité), sa dispersion géographique de même que certains de ses mécanismes, soit les types d'aide mutuelle, le degré de réciprocité de cette aide et les niveaux d'intimité. Lors du deuxième volet de cette activité, les clients évaluent les formes (soit la socialisation et le compagnonnage, le soutien émotionnel, la consultation, l'aide matérielle et le soutien lié à l'estime) ainsi que la valeur du soutien réciproque qu'ils partagent avec les membres de leur réseau. En examinant les caractéristiques structurales de ce bilan (par exemple l'étendue, la densité et l'intimité des relations) et, par la suite, la possibilité d'avoir recours aux cinq types de soutien, le client et son conseiller peuvent se concentrer sur la planification de changements structuraux et des mécanismes d'aide du réseau. Le client peut finir par se fixer deux objectifs précis quant à son réseau ou au soutien et, avec son conseiller, élaborer des moyens lui permettant de réaliser ces objectifs. Comme nous l'avons mentionné auparavant, un carnet ou un journal peut servir à relever quotidiennement ou hebdomadairement les effets de ces changements.

Méthodes formelles d'évaluation

Nous allons maintenant décrire brièvement un certain nombre de méthodes formelles d'évaluation du soutien social. Puisqu'aucun instrument de mesure unique ne permet d'évaluer adéquatement les différents aspects du réseau de soutien social d'un individu, des efforts considérables sont en cours pour mettre au point de tels instruments. De plus, comme on a normalisé ces instruments grâce à la participation d'étudiants d'université, il n'existe pas de données qui concernent exclusivement les handicapés.

Barrera, Sandler et Ramsay (1981) se sont servis des renseignements de l'analyse sur la nature des relations d'aide informelle de Gottlieb (1978) telle que décrite plus tôt et l'ont combinée à d'autres méthodes pour mettre au point un instrument de mesure appelé l'Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) (l'inventaire des comportements liés au soutien social). Les répondants doivent donner une cote à 40 comportements particuliers liés au soutien social selon la fréquence de ceux-ci pendant une période donnée. Le résultat global fournit une évaluation de l'ensemble du soutien dont le client a joui récemment. On accorde à cet inventaire un haut degré d'homogénéité interne et de fiabilité au test et au contrôle de même qu'une corrélation significative avec l'adaptation générale et l'apparition de symptômes. Selon Barrera (1981), l'ISSB est une mesure qui peut être utile pour l'évaluation de la capacité de soutien du réseau. Cependant, bien qu'il fournisse une note totale, il n'identifie pas les personnes qui présentent des comportements de soutien spécifiques et n'évalue pas la valeur de ce dernier.

L'Inventory of Communication Patterns for Adolescents (l'ICPA, l'inventaire des modèles de communication des adolescents) (West & Altmann, 1985) ne renseigne pas sur les personnes fournissant du soutien aux adolescents. Bien qu'ils reconnaissent que, en dépit de son rôle substantiel, la communication n'est pas le seul élément du soutien social, West et al (1985) croient qu'une étude des méthodes de communication constitue un composant essentiel de toute évaluation approfondie des atouts psychociaux d'un client. L'ICPA sert à évaluer la fréquence avec laquelle le client discute de domaines donnés avec certains membres du réseau. Il peut servir à identifier dans le réseau du client les membres qui, avec le consentement du client, peuvent aider à trouver des solutions à certains problèmes soulevés lors de la consultation.

L'Arizona Social Support Interview Schedule (l'ASSIS; l'échelle d'entrevue de l'Arizona sur le soutien social) (Barrera, 1980; Sandler & Barrera, 1984), une troisième façon d'évaluer le soutien social, est une entrevue structurée qui permet de déterminer l'étendue du réseau et la satisfaction retirée du soutien. Le client doit fournir les prénoms ou les initiales des personnes qui répondent aux critères de six descriptions de fonctions de soutien (soit faire des confidences, apporte une aide matérielle, donner des conseils ou de l'informations, fournir des réactions positives, apporter une assistance physique et une participation sociale) qu'il a reconnues pendant le mois précédent. Le client doit indiquer son degré de satisfaction par rapport à chacune de ces formes de soutien. Une partie de l'entrevue vise aussi à identifier les parties du réseau qui sont en conflit et celles que ne le sont pas.

L'Interpersonal Support Evaluation List (l'ISEL; la liste d'évaluation du soutien interpersonnel) (Cohen, Marmelstein, Kamarck, & Hoberman, 1985) sert à évaluer ce que le client perçoit comme possibilités de recourir à quatre fonctions distinctes du soutien social (soit le soutien matériel, l'évaluation, l'estime de soi et l'appartenance) de même qu'à mesurer l'ensemble de la composante fonctionnelle du soutien. Les auteurs croient en la fiabilité interne ainsi qu'au test et au test de vérification de cette méthode.

Lorsqu'elles sont associées, ces mesures permettent d'obtenir une évaluation complète du réseau de soutien social d'un client. On peut aussi les utiliser individuellement selon le type d'information désiré. Les conseillers devraient prendre soin de bien choisir leurs instruments d'évaluation et être circonspects dans l'analyse des résultats concernant le milieu social de leurs clients.

Intervention

La connaissance du niveau de soutien social dont il jouit permet au client et à son conseiller de juger de la qualité du soutien possible et de déterminer les besoins du client de manière à augmenter le soutien reçu. Les renseignements sur le réseau social peuvent être utilisés pour déterminer les systèmes à modifier, ce qui influencera les façons de fournir les services de consultation.

Les stratégies d'intervention visent différents objectifs selon les circonstances (Pearson, 1983).

1) Le conseiller ou le spécialiste de la réadaptation peut travailler directement avec le client

pour améliorer la prise de conscience ou les habiletés de ce dernier quant à ses relations interpersonnelles, puisqu'une insuffisance de ces facteurs peut nuire à sa capacité de créer et de maintenir des relations d'aide.

2) Le conseiller peut essayer d'augmenter les réactions ou les ressources des personnes faisant partie du réseau de soutien du client grâce à une intervention directe (c'est-à-dire en augmentant la sensibilité de ces personnes au besoin d'appui du client ou en leur enseignant les façons de fournir cet appui).

3) Le conseiller peut trouver au client un substitut au système naturel de soutien (par exemple, des groupes d'entraide, des groupes d'efforts personnels, ou des groupes d'intervention en période de crise).

Le but de l'intervention à chacun des niveaux est d'augmenter les sources de soutien, mais il y a des facteurs qui, à un moment donné, favorisent l'intervention à un certain niveau. Il faut d'abord: insister sur l'aide directe au client quand les sources informelles d'appui sont adéquates et existent ou pourraient exister, mais que le client, pour quelque raison, est incapable d'y avoir recours ou de les maintenir. Par exemple, il est possible qu'un client qui n'est handicapé que depuis peu ait besoin d'aide pour accepter son handicap (Gottlieb, 1983; Vargo, 1978). Si ce client est dépressif, il peut sous-estimer la valeur réelle du soutien reçu (Monroe, 1983) et avoir besoin d'aide pour reconnaître cet appui et sa valeur. Puisque les réseaux ne se maintiennent que si les membres participent à une certaine forme d'appui partagé, le client peut avoir besoin d'apprendre comment apporter son soutien. Il faut alors que le spécialiste ou le conseiller concentre ses efforts sur les ressources ou les questions psychiques ou relatives aux comportements du client qui constituent des entraves à l'utilisation des sources de soutien ou à leur maintien. Il peut être nécessaire d'avoir recours à la consultation intensive individuelle ou de groupe pour encourager la prise de conscience permettant de voir ces obstacles et la motivation permettant d'effectuer des changements, et à des programmes précis de psychologie de l'éducation pour acquérir les habiletés requises (par exemple, pour les relations interpersonnelles). De telles interventions peuvent être essentielles avant que toute autre mesure ne soit entreprise.

Il faut d'abord accorder son attention aux sources de soutien existantes du client si celles-ci requièrent des améliorations ou des ajouts. Cette mesure consiste à s'adjoindre l'aide du réseau déjà existant et présente l'avantage d'utiliser un système de soutien naturel et de confirmer son importance. Comme nous l'avons fait remarquer précédemment, les sources possibles de soutien (les membres de la famille, par exemple) ont fréquemment besoin d'aide pour comprendre le rôle qu'elles ont à jouer dans l'adaptation à un handicap ou le rétablissement suivant un handicap, la manière de s'aider mutuellement sans nuire aux comportements qui peuvent présenter une valeur adaptative, et la part qu'elles peuvent assumer pour encourager l'observation du traitement prescrit. Alors qu'ils essaient de s'assurer le concours des membres du système de soutien naturel, les conseillers doivent se rappeler que les membres des familles de handicapés ont autant besoin de recevoir de l'appui que d'en donner. Si tous les membres désirent participer aux modifications du réseau, il peut être nécessaire de travailler auprès de tout le système grâce à des consultations avec la famille.

Il arrive que l'on tente d'établir des liens avec des systèmes de soutien de remplacement quand le système d'appui naturel est incapable de fournir l'appui requis par le client ou réticent à le faire. Dans ce cas, on encourage le client à changer la structure de son réseau en créant de nouvelles relations. Si le réseau social est trop peu adéquat ou qu'il y a trop de conflits et qu'il n'offre que du rejet, des critiques, des manipulations dommageables et des renseignements non appropriés, il peut être nécessaire de trouver un autre domicile au client. De plus, comme dans le cas de personnes souffrant de handicaps physiques ou de troubles de développement graves, si les ressources de la famille s'épuisent et qu'il est impossible de recourir à une aide extérieure adéquate, les solutions de rechange quant au foyer peuvent comprendre un substitut aux sources d'appui, tant pour le handicapé que pour sa famille. La personne handicapée confrontée à une situation ou à un état particulier a peut-être besoin d'une forme de soutien qui peut lui venir d'autres personnes atteintes d'un handicap semblable (par exemple de personnes atteintes de paraplégie, de sclérose en plaques ou de personnes ayant un anus artificiel). Les membres d'un groupe de soutien qui ont vécu ou qui vivent des expériences similaires peuvent discuter de leurs réactions, de leurs sentiments et de leurs façons de s'adapter à leur handicap. Cependant, nous notons que le soutien varie suivant les groupes. Par exemple, les

patients atteints de maladies cardiaques aiment participer à des séances où on les renseigne sur leur affection, mais ils préfèrent ne pas parler des émotions que leur causent les aspects menaçant de leur maladie (Gottlieb, 1983).

Résumé et recommandations

Dans ses premières recherches sur l'intervention en période de crise, Caplan (1964) affirme que le soutien social peut avoir un effet positif ou négatif sur les conséquences de la crise et, de ce fait, constitue donc un facteur déterminant le maintien de la santé mentale et du bien-être. De même, Cassel (1974) et Cobb (1976) insistent sur l'importance du soutien social pour le maintien de la santé aussi bien physique que mentale. Tous les trois estiment que le soutien social protège l'individu des conséquences néfastes des situations de stress. Cependant, leurs définitions de ce qui constitue le soutien social diffèrent. Pour Cassel, il se traduit par des réactions des membres du groupe primaire qui informent l'individu sur les conséquences prévues de ses actions, alors que pour Cobb, c'est de l'information qui porte l'individu à croire qu'il est aimé, qu'on tient à lui, qu'il vaut quelque chose et mérite de l'estime, et qu'il fait partie d'un réseau de communication et d'entraide. Caplan, qui dans sa définition inclut les aspects couverts par celles de Cassel et de Cobb, considère le soutien social comme une réaction provenant d'autres personnes qui fournissent un soutien émotif et une preuve d'identité, des conseils et de l'aide pour résoudre des problèmes, de même qu'un soutien matériel sous forme d'argent, de biens ou d'habiletés. Caplan présente donc les réactions et l'information, deux composantes du soutien social, tout en incluant l'aide instrumentale et pratique fournie et reçue. En dépit de leur accord sur le besoin de soutien social, les différents chercheurs ne s'entendent sur la question de savoir si le soutien social est unidimensionnel ou multidimensionnel, s'il est d'abord subjectif ou perçu ou, en plus, objectif, et si seuls les membres du groupe primaire ou, au contraire, n'importe qui manifestant de la bienveillance et de l'attention peuvent le fournir.

Actuellement, le soutien social est considéré comme un ensemble de formes de soutien interreliées: (a) le soutien émotionnel ou lié à l'estime; (b) le soutien instrumental ou l'aide tangible et les services; (c) le soutien informationnel ou l'orientation cognitive; (d) le compagnonnage social. Le réseau de soutien social peut être décrit selon ses caractéristiques structurales ou

fonctionnelles. Différentes situations mettent en jeu des réseaux de taille, de densité et de composition différentes. De plus, certains faits portent à croire que le soutien social a un effet direct généralisé sur la santé et le bien-être. Il semble aussi qu'il serve de protection contre les facteurs de stress.

D'après des études récentes sur le soutien social et les handicaps, le soutien social ferait partie du milieu psychosocial de l'individu, de telle sorte qu'il aurait d'importantes conséquences sur le bien-être psychologique et pourrait influencer le rétablissement à la suite d'une maladie physique et l'adaptation à ce type de maladie. Puisqu'ils fournissent ou non un soutien adéquat, la famille et d'autres membres importants du réseau social ont une influence considérable sur l'individu. Malheureusement, on néglige souvent de reconnaître leur apport au traitement. Il est possible d'employer des méthodes variées d'évaluation du soutien social (certaines sont formelles, d'autres non) pour que le conseiller et son client se rendent plus facilement compte des caractéristiques du milieu social de ce dernier et qu'à l'aide de cette information, ils élaborent des moyens d'intervention pour accroître le soutien auquel peut avoir recours et que recevra le client. De telles interventions peuvent s'adresser au client lui-même, au système de soutien naturel existant ou à des systèmes de soutien de rechange.

Un certain nombre de recommandations concernant la consultation auprès de personnes handicapées peuvent être tirées de ce travail:

1) Les études sur le soutien social et les réseaux de soutien social devraient être appliquées aux modèles de consultation et d'aide existants.

2) L'évaluation globale du client devrait comprendre une évaluation de son système de soutien social et les renseignements recueillis devraient servir à élaborer des plans d'intervention. Le soutien social devrait être évalué constamment pour qu'on puisse se rendre compte de son évolution.

3) Les interventions devraient s'adresser aux différentes parties du milieu psychosocial du client pour que le soutien social que fournit et reçoit le client soit sûr, utilisé et renforcé au besoin.

4) On devrait aider les clients à surmonter les obstacles qu'ils se sont érigés et à recourir au soutien disponible.

5) On devrait porter attention aux attitudes et aux comportements des membres du réseau en réponse à la consultation auprès du client et offrir au client les différentes formes de soutien dont il a besoin. Quand il le faut, on devrait enseigner aux membres du réseau des façons de se soutenir entre eux.

6) Les conseillers et les spécialistes de la réadaptation devraient mettre sur pied des programmes de psychologie de l'éducation qui fourniraient aux clients et à leurs familles l'information et le soutien dont ils ont besoin.

7) Les conseillers et les spécialistes de la réadaptation devraient encourager d'une manière active la création de sources de soutien de rechange telles que des groupes de pairs ou d'entraide pour des clients qui ont des handicaps communs.

BIBLIOGRAPHIE

Ashinger P. Using social networks in counseling. Journal of Counseling and Development, 1985, 63, 519-521.

Barrera M. Jr. A method for the assessment of social support networks in community survey research. Connections, 1980, 3, 8-13.

Barrera M. Social support in the adjustment of pregnant adolescents. In B.H. Gottlieb (Ed.), Social networks and social support. Beverly Hills, CA: Sage. 1981.

Barrera M. Jr., Sandler, I.N., & Ramsay, T.B. Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. American Journal of Community Psychology, 1981, 9, 435-447.

Brown G., Bhrolchain, M., & Harris, T. Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. Sociology, 1975, 9, 225-254.

Bubolz M.M., & Whiren, A.P. The family of the handicapped: An ecological model for policy and practice. Family Relations, 1984, 33(1), 5-12.

Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books. 1964.

Caplan G. Support systems. In G. Caplan (Ed.), Support systems and community mental health. New York: Basic Books. 1974.

Caplan G. The family as a support system. In G. Caplan & M. Killilea (Eds.), Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations. New York: Grune & Stratton. 1974.

Cassel J. Psychosocial processes and "stress": Theoretical formulation. International Journal of Health Services, 1974, 4(3), 471-482.

Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 1976, 38(5), 300-314.

Cohen, F. & Lazarus, R.S. Coping with the streses of illness. In G.C. Stone, F. Cohen, & N. E. Adler (Eds.), Health psychology - A handbook. San Francisco: Jossey-Bass. 1979.

Cohen S., & Willis, T.A. Stress, social support and the buffering hypotehsis. Psychological Bulletin, 1985, 98 (2), 310-357.

Cohen S., Marmelstein, R., Karmarck, T., & Hoberman, H. Measuring the functional components of social support. In I. Sarason (Ed.), Social support: Theory, research and applications. The Hague, Holland: Martines Niijhoff. 1985.

Di Matteo R., & Hays, R. Social support and serious illness. In B.H. Gottlieb (Ed.), Social networks and social support. Beverly hills, CA: Sage. 1981.

Doehrman S.R. Psycho-social aspects of recovery from coronary heart disease: A review. Social Science and Medicine, 1977, 11, 199-218.

Doherty W.J. Family interventions in health care. Family Relations, 34(1), 129-137.

Dunham J.R., & Dunham, C. S. Psychosocial aspects of disability. In R.M. Goldenson (Ed.), Disability and rehabilitation handbook. New York: McGraw Hill. 1978.

Durkheim E. Suicide. New York: Free Press. 1951.

Dushenko T.W. Cystic fibrosis: A medical overview and critique of the psychological literature. Social Science and Medicine, 1981, 15E, 43-56.

Erickson E.H. Identity and the life cycle: Selected papers. Psychological Issues Monograph Series, 1959, 1 (No. 1). New York: International Universities Press.

Giele J.Z. A delicate balance: The family's role in care of the handicapped. Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies, 1984, 33(1), 85-94.

Goldenson R.M. Dimensions of the field. In R.M. Goldenson (Ed.), Disability and rehabilitation handbook. New York: McGraw-Hill. 1978a.

Goldenson R M. (Ed.) Disability and rehabilitation handbook. New York: McGraw-Hill. 1978b.

Gottlieb B.H. The development and application of a classification scheme of informal helping behaviors. Canadian Journal of Behavioral Science, 1978, 10(2), 107-115.

Gottlieb B.H. Social support strategies: Guidelines for mental health practice. Beverly Hills, CA: Sage Publications. 1983.

Gottlieb B.H. Assessing and strengthening the preventive impact of social support. Unpublished manuscript. The University of Guelph, Guelph, Ontario. 1984.

Hackett T.P. The use of groups in the rehabilitation of the post coronary patient. Advances in Cardiology, 1978, 24, 127-135.

Hauser S., Jacobson, A., Wertlieb, D., Brink, S., & Wentworth, S. The contribution of family environment to perceived competence and illness adjustment in diabetic and acutely ill adolescents. Family Relations, 1985, 34(1), 99-108.

House J.S. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley, 1981.

Hurd G.S., Pattison, E.M., & Llamas, R. Models of social network intervention. International Journal of Family Therapy, 3(4), 246-257.

Hymovich D., & Baker, C.D. The needs, concerns, and coping of parents of children with cystic fibrosis. Family relations, 1985, 34(1), 91-98.

Johnson S.B. Psychosocial factors in juvenile diabetes: A review. Journal of Behavioral Medicine, 1980, 3, 95-116.

Kahn R.L., & Antonucci, T. Convoys over the life cycle: Attachment, roles, and social support. In P. B. Baltes and O. Brim (Eds.), Lifespan development and behavior, (Vol. 3). Boston: Lexington. 1980.

Kazak A.E., & Marvin, R.S. Differences, difficulties and adaptation: Stress and social networks in families with a handicapped child. Family Relations: Journal of Applied Family & Child Studies, 33(1), 67-77.

Killilea M. Mutual help organizations: Interpretations in the literature. In G. Caplan and M. Killilea (Eds.), Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations. New York: Grune & Stratton. 1976.

King N.J. The behavioral management of asthma and asthma-related problems of children: A critical review of the literature. Journal of Behavioral Medicine, 1980, 3, 169-190.

Leavy R.L. Social support and psychological disorder: A review. Journal of Community Pschology, 1983, 11, 3-21.

Meyerowitz B.E. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. Psychological Bulletin, 1980, 87, 108-131.

Monroe S. Social support and disorder: Toward an untangling of cause and effect. American Journal of Community Psychology, 11(1), 81-97.

Patterson J. Critical factors affecting family compliance with home treatment for children with cyctic fibrosis. Family Relations, 1985, 34(1), 79-90.

Pearson R.E. Support groups: A conceptualization. The Personnel and Guidance Journal, 1983, 361-364.

Procidano M E., & Heller, K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. American Journal of Community Psychology, 1983, 11(1), 1-24.

Sandler I.N., & Barrera, M. Jr. Toward a multimethod approach to assessing the effects of social support. American Journal of Community Psychology, 1984, 12(1), 37-51.

Saulnier K. Networks, change and crisis: The web of support. Canadian Journal of Community Psychology, 1982, 1(1), 5-23.

Schilling R.F., Gilchrist, L.D., & Schinke, S.P. Coping and social support in families of developmentally disabled children. Family Relations: Journal of Applied Family & Child Studies, 1984, 33(1), 47-54.

Seligman M. Handicapped children and their families. Journal of Counseling and Development, 1985, 64, 274-277.

Stubbins J. Social and psychological aspects of disability. Baltimore: University Park Press. 1977.

Thoits P.A. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior, 1982, 23, 145-159.

Thomas S.G. Breast cancer: The psychosocial issue. Cancer Nursing, 1978, 36, 53-60.

Vargo J.W. On counselling the physically disabled. Canadian Counsellor, 1978, 13(1), 14-17.

Vargo J.W. The disabled wife and mother: Suggested goals for family counselling. Canadian Counsellor, 1979, 13(2), 108-111.

West L.W., & Altmann, H.A. The inventory of communication patterns for adolescents (ICPA). Canadian Journal of Counselling, 1985. In press.

LE SPÉCIALISTE DE LA RÉADAPTATION EN MILIEU RURAL

Terrance N. James, étudiant au doctorat
Département de psychologie de l'éducation
Faculté d'éducation
Université de Calgary

Introduction

Selon les données du dernier recensement, 24,5 % des Canadiens vivent en milieu rural, c'est-à-dire dans des régions qui comprennent moins de 1 000 habitants et où la densité de la population est inférieure à 1 000 habitants par mille carré. Une extrapolation des statistiques urbaines nous révèlent que 31 % de la population vit dans des centres de moins de 5 000 habitants; 34 % dans des centres de moins de 10 000 habitants et 41 % dans des centres de moins de 30 000 habitants (Harris, 1981). Des calculs effectués à partir de l'estimation du taux d'incidence concernant l'invalidité de Santé et Bien-être social Canada (1980), qui est de 9,8 %, nous révèlent que 550 000 handicapés canadiens proviennent des régions rurales, nombre qui s'élève à 760 000 si nous considérons les villes de 10 000 habitants et moins. La définition de handicap utilisée est basée sur les troubles d'ordre fonctionnel entravant les activités quotidiennes, sans tenir compte de l'étiologie, et sur le recours aux services et aux programmes canadiens à l'intention des handicapés. Les répercussions du milieu rural sur l'accessibilité des services aux handicapés est importante. De toute évidence, il n'est pas possible d'offrir en milieu rural l'éventail de services qui existe dans les villes. Pour cette raison, les fonctions du spécialiste de la réadaptation qui doit répondre aux besoins des handicapés des régions rurales présentent de nombreuses différences par rapport à celles du spécialiste qui oeuvre en région urbaine.

L'enfant ou l'adulte handicapé qui vit dans un endroit de faible densité de population peut constituer un objet de curiosité. Alors que, dans les centres urbains, la façon habituelle de fournir des services consiste à rassembler les personnes qui ont des handicaps semblables afin d'offrir une gamme complète de services au coût le moins élevé possible, les régions rurales n'ont pu adopter cette formule. Par le passé, une pejsonne handicapée vivant à la campagne était presque entièrement prise en charge par sa famille. Cependant, le public connaissant maintenant mieux les droits et le

potentiel des handicapés, nous verrons, lors des prochaines années, augmenter les sources d'assistance et naître de nouvelles possibilités pour la réadaptation en milieu rural.

Caractéristiques distinctes du milieu rural

Qu'est-ce qui distingue la réadaptation en milieu rural de la réadaptation en milieu urbain? En pratique, le milieu rural se caractérise par un certain nombre de facteurs qui, toutefois, n'influencent pas nécessairement toutes les fonctions du spécialiste de la réadaptation.

Géographie et distance

De tous les facteurs qui limitent la réadaptation dans les régions rurales, la géographie et la distance occupent le premier rang. Le nombre de clients des spécialistes qui travaillent dans ces régions est généralement plus restreint à cause du temps nécessaire aux déplacements. Le calendrier de travail est donc d'une importance primordiale. Pour le spécialiste, adapter son emploi du temps à celui des parents des enfants handicapés et organiser des rencontres avec d'autres spécialistes itinérants peut s'avérer exaspérant. Les annulations de dernière minute dues aux rigueurs du temps ou à des pannes exigent de la tolérance et de la souplesse. De plus, l'impossibilité de répondre sur-le-champ à des urgences et les longs déplacements à effectuer pour rencontrer les clients peuvent causer bien des frustrations, de même que l'obligation de compter sur d'autres pour l'utilisation temporaire d'installations ou pour les transports peut réduire le sentiment d'autonomie professionnelle. En dépit de ces aspects négatifs, la géographie et la distance donnent souvent un certain cachet au travail en milieu rural. Pour beaucoup, la proximité de la nature, l'absence de foules et un sentiment d'autonomie font plus que compenser les frustrations. Bien que les caractéristiques physiqyes et environnementales des régions diffèrent grandement d'une anse costale à l'arrière-pays du Nord en passant par les vallées des chaînes de montagnes et les prairies, elles causent néanmoins toutes des problèmes d'organisation et soumettent à des risques qui peuvent entraver le bon fonctionnement des activités du spécialiste de la réadaptation.

Étendue et incidence des handicaps

Le spécialiste en milieu rural doit posséder une bonne connaissance générale des différentes incapacités. Alors que son confrère de la ville peut adresser des clients à des collègues ou à un autre organisme, le spécialiste à la campagne est l'expert de l'endroit. Il est essentiel qu'il connaisse, dans leurs grandes lignes, les incapacités physiques, mentales, sociales, psychologiques et sensorielles, puisqu'il est possible que ses clients soient atteints d'un grand nombre d'entre elles. Le traitement d'un client ayant un handicap peu courant lui donne la chance de mesurer son champ de connaissances et ses compétences tout en lui permettant d'enrichir son expérience. Combien de spécialistes de la réadaptation pourraient décrire le syndrome de Prader-Willi, la maladie de Thomsen ou l'ataxie de Friedrich sans même consulter un ouvrage de référence? Des organismes affiliés peuvent fournir des renseignements sur leur clientèle et sur les affections de celle-ci, mais n'offrent que rarement l'occasion de se spécialiser dans certains domaines comme c'est le cas des organismes des villes.

Groupes d'âge

Brown, Hughson et Nemeth (1981) ont indiqué que les services nouvellement établis dans les milieux ruraux peuvent s'attendre à desservir une clientèle de tous âges. Les clients âgés qui n'ont jamais eu l'occasion de quitter leur milieu rural pour recourir aux services offerts dans les villes ou qui ont refusé de le faire vont probablement sauter sur l'occasion de bénéficier des nouveaux services offerts dans leur communauté. Les plus jeunes, c'est-à-dire les nourrissons et les enfants, qui auraient auparavant été envoyés à la ville pour profiter des installations et des programmes qu'on y trouve, sont de plus en plus gardés dans leur communauté. Le nombre élevé de besoins non satisfaits dans les régions rurales touche donc tous les groupes d'âge. Il est donc à prévoir que, à moins que des mandats ne viennent limiter la clientèle des organismes fournissant des services de réadaptation, les spécialistes de ce secteur travailleront auprès de personnes de tous âges.

Gravité des troubles fonctionnels

D'après Brown et al. (1981), les nouveaux organismes ruraux devraient, au départ, s'adresser à une clientèle relativement autonome puis, progressivement, à des gens

plus sérieusement handicapés. Le retard accusé par les services de ces organismes amèneront des clients dont les besoins n'ont pas été satisfaits par le passé. Le haut taux d'adultes ayant connu des troubles de développement en est un exemple. Alors qu'il y a deux ou trois décennies ces personnes auraient pu travailler dans des domaines intensifs en main-d'oeuvre, l'automatisation et l'économie du travail ont produit un chômage chronique et, subséquemment, la nécessité d'élaborer de nouvelles stratégies d'emploi. Les services de réadaptation des gens âgés, dont la clientèle souffre souvent d'incapacités physiques, peuvent aussi comprendre des clients possédant d'excellentes facultés intellectuelles. D'un autre côté, la vague de désinstitutionnalisation des personnes sérieusement handicapées pour les replacer dans leur foyer viendra grossir le nombre de personnes ayant des handicaps graves.

Limitation de l'accès aux ressources habituelles

Les petites villes et les villages ne peuvent offrir les ressources disponibles dans les villes. Beaucoup de travailleurs ruraux envient les services de résidence et de spécialistes de l'évaluation, les programmes d'activités de jour, les programmes d'emplois protégés, les programmes de formation, les cours de formation continue, les services de transport à l'intention des handicapés, les candidats qualifiés, les spécialistes des domaines médical et paramédical, les groupes d'action et les possibilités de consultation entre confrères que l'on retrouve en milieu urbain. La migration des handicapés vers les villes constitue l'un des problèmes chroniques associés aux ressources limitées des régions rurales. Dans leur étude de faisabilité concernant les services que pourraient offrir aux handicapés physiques les communautés du corridor de la rivière Bow en Alberta, Brown et al (1981) ont découvert que les stagiaires avaient tendance à demeurer dans la région urbaine où ils avaient reçu leur formation. C'est le cas pour 15 des 18 clients des régions rurales qui avaient reçu une formation au Vocational and Rehabilitation Research Institute de Calgary. De même, James (1982) a observé que huit clients des Goodwill Entreprizes for the Handicapped sur 11, qui provenaient de la vallée Comox sont restés à Victoria après leur stage et y ont obtenu un emploi. D'un autre côté, l'insuffisance des ressources habituelles a fait surgir des idées innovatrices quant aux services offerts aux handicapés. Baxter (1982) décit l'une de celles-ci, une stratégie qui avait pour but d'aider des familles de handicapés de la

campagne de Terre-Neuve à s'assurer des services dans leur propre communauté. Chose importante, cette expérience était bassée sur l'exploitation des ressources déjà existantes dans chaque communauté plutôt que sur le recours à des services professionnels de l'extérieur. Grâce au concours d'un couple de résidants, parents d'un enfant handicapé, et à l'observation des principes de normalisation, on a pu atteindre quatre objectifs importants du programme: l'éducation du public, la défense des intérêts, le soutien des parents et la communication auprès des spécialistes. Selon Baxter, "il y a toutes les raisons de croire que la stratégie de Terre-Neuve s'avérera la plus efficace au Canada." Il est donc fort possible que le nombre limité de ressources "traditionnelles" disponibles en milieu rural serve de catalyseur à la conception de services nouveaux et efficaces. Les récents efforts pour sortir les handicapés des institutions et les maintenir dans leur communauté exigeront encore davantage de créativité et de ressources de la part des spécialistes de la réadaptation dans les années à venir.

La fierté d'être autonome

Baxter (1982) considère la "traditionnelle fierté de la famille terre-neuvienne concernant son autonomie" comme l'assise sur laquelle fut établie la compétence de la communauté. Suivant l'expérience de l'auteur, il est possible que cette fierté soit inhérente à toutes les populations rurales. Dans certains cas, la honte éprouvée à demander de l'aide ou la peur d'être jugés par la communauté peuvent fort bien empêcher les gens de connaître les ressources existantes et diminuer les attentes des familles dont l'un des membres est handicapé. La même fierté qui fait migrer les handicapés vers la ville afin d'acquérir une formation peut être utilisée dans la communauté, comme dans l'exemple de Terre-Neuve, pour faire surgir de nouvelles idées. Wiste (1978) décrit comment Oyen, une petite communauté albertaine de mille habitants "qui se bat pour survivre malgré le courant actuel de migration vers les régions urbaines", a commencé à chercher des solutions aux problèmes des services à la communauté. Elle conclut qu'on devrait "considérer la communauté comme une entité qui a besoin d'aide et non comme un ensemble d'unités distinctes qui cherchent des solutions au hasard" (p. 12).

Participation de la communauté

D'après l'auteure, les gens des campagnes semblent trouver plus d'occasions de participer aux affaires de leur communauté et attendre plus de celle-ci que les gens de la ville. Ceux qui ont reçu une formation dans les centres urbains et qui connaissent bien les structures organisationnelles et politiques des villes sont souvent entraînés à assumer des fonctions de chef dans leur communauté. Ils peuvent donc être très connus dans leur propre région. Une telle participation connaît cependant ses avantages et ses inconvénients. Par le passé, beaucoup de travailleurs sociaux se sont servis de postes dans les régions rurales pour faire avancer leur carrière, mettant un pied dans la porte et gagnant assez d'expérience pour une affectation éventuelle à un poste en ville présentant plus d'avantages. On considérait la participation non officielle de la communauté, souvent entravée par les horaires personnels, comme étant à court terme. Toutefois, les postes des régions rurales attirent progressivement plus de spécialistes intéressés à s'engager à long terme dans les activités du milieu rural. La participation à la communauté peut alors engendrer de nouveaux intérêts et engagements. Néanmoins, quelles que soient les circonstances, les occasions de participer reflètent les besoins de la communauté. Les invitations à prendre part aux activités de la communauté varient des consultations non formelles et de la défense des intérêts à une participation plus formelle telle l'occupation d'une fonction au sein d'un organisme consultatif, d'un poste au sein d'un conseil d'administration ou même d'un poste à la mairie. Nous examinerons plus loin l'incidence de l'un ou l'autre des rôles auxquels on peut s'attendre du travailleur en réadaptation dans de nombreuses petites communautés.

Caractéristiques des services

Les services de réadaptation des régions rurales subissent l'influence des facteurs mentionnés ci-dessus. Les caractéristiques qui suivent, bien qu'elles ne s'appliquent pas uniquement au milieu rural, obligent ce milieu à orienter différemment ses services.

Nature itinérante du travail

En raison de la dispersion de la population et de la faible prévalence des handicaps, le personnel qui assure les services de réadaptation doit être itinérant. Par exemple, les conseillers en réadaptation du ministère du

Travail de la Colombie-Britannique sont affectés à des régions englobant des aires géographiques qui regroupent un certain nombre de commissions scolaires. Des organismes nationaux comme l'INCA (Institut national canadien des aveugles) ont établi des centres urbains qui assurent le bon fonctionnement des services de réadaptation à travers la province et offrent des services de spécialistes itinérants aux handicapés visuels des régions rurales. La fréquence de ces services dépend généralement de la distance que les spécialistes doivent couvrir à partir du centre administratif urbain.

Les services à domicile

Dans les régions rurales, on offre souvent les services à domicile. Alors que dans les centres urbains les services de réadaptation peuvent être dispensés dans les écoles, dans des centres, dans des hôpitaux ou par le biais de programmes intégrés à divers niveaux, les spécialistes des milieux ruraux offrent de plus en plus leurs services à domicile. Auparavant, le foyer du milieu rural pouvait constituer un lieu de garde protecteur; aujourd'hui, il constitue un centre d'éducation spéciale ou de services de santé. Dans une étude des programmes d'intervention auprès des jeunes enfants, Shipe (1984) souligne l'importance des programmes à domicile dans les régions à faible densité de population. Les programmes de stimulation des nourrissons "ont la particularité de consister en visites périodiques du moniteur à domicile/formateur ou du démonstrateur de jouets (les titres varient) qui suggère des activités pour occuper l'enfant" (p. 18). Les modèles de service à domicile connaîtront du succès s'ils arrivent à faire participer celui qui prend soin du handicapé, que ce soit le parent d'un enfant en difficulté d'âge préscolaire ou le conjoint d'une personne âgée dont le diabète vient d'être diagnostiqué. Ils ont comme avantages de laisser le handicapé dans un milieu qu'il connaît où il peut compter sur l'aide de gens qu'il aime. Les professionnels de la réadaptation qui fournissent des services à domicile deviennent donc des formateurs, des moniteurs, des aides et des personnes-ressource.

Idées nouvelles

Les problèmes des régions rurales en matière de services requièrent fréquemment des solutions innovatrices. Paralysés par le manque de choix, les spécialistes en réadaptation doivent trouver des

solutions qui n'ont sans doute pas été mises à l'essai localement auparavant. Par exemple, le "Community Living Skills Program" de Courtenay a loué une roulotte de grande dimension située sur une ferme privée pour un jeune homme mentalement handicapé qui, autrement, ne pouvait vivre de façon autonome. Le propriétaire de la roulotte a assuré la surveillance à distance du handicapé, assurant une transition structurée vers l'autonomie. Les coûts du programme étaient modérés et, grâce au concours d'un spécialiste itinérant, le jeune homme a pu prendre en charge une plus grande part de ses affaires personnelles. Dans la même communauté, l'association de loisirs a entrepris d'intégrer des personnes mentalement handicapées à des groupes d'activités récréatives et communautaires à l'aide du programme "Leisure Friends", qui assigne des compagnons bénévoles à des handicapés. Il est rare que des services et des programmes d'activités récréatives structurés à l'intention des handicapés soient viables dans les petites communautés puisque les activités récréatives entre amis ont plutôt lieu de façon informelle.

Notons que les programmes novateurs ne sont pas restreints aux services individuels. À Terre-Neuve, par exemple, on a entrepris une expérience en transport unique en Amérique du Nord. À travers toute la province, grâce à Transport Canada, "Terra Transport's Roadcruiser Service" s'adresse aux utilisateurs de fauteuils roulants et à d'autres personnes qui ont de la difficulté à monter des escaliers, et améliore ses services aux handicapés du milieu rural. L'autobus utilisé est équipé d'une plate-forme élévatrice et est assez grand pour contenir deux fauteuils roulants (CARP, 1985, p. 13). Le programme Hospitalité Canada, un autre exemple des initiatives fédérales, a permis à de jeunes handicapés des régions rurales de visiter des jeunes d'autres coins du pays. Le programme ne s'adressait pas uniquement à de jeunes étudiants handicapés des écoles rurales, mais il comportait un aspect innovateur puisqu'il permettait de répondre aux besoins de handicapés à l'aide d'escortes supplémentaires et d'un système de tickets spécial. En faisant preuve de créativité, un professeur qui voulait encourager le développement de la personne et enseigner des concepts de sciences sociales en faisant un échange avec une ville du sud de l'Ontario a adapté le programme pour un groupe d'adolescents de l'Île de Vancouver atteints de déficience mentale légère, dont certains membres n'avaient jamais quitté l'île.

Solutions à court terme

Deux facteurs importants contribuent à la courte durée de certains services ruraux. En premier lieu, en raison de la nature changeante de certaines populations, des services donnés peuvent n'être requis que pour un temps. Les déplacements continuels provoqués par des réalités telles une conjoncture économique défavorable dans la communauté, les mutations et les emplois saisonniers, font partie du mode de vie des Canadiens. Les besoins de services pour un seul enfant, par exemple, peuvent n'être requis que pour une courte période en raison de la mobilité de la famille. Le financement à court terme constitue le deuxième facteur. Les fonds consacrés aux programmes étant sujets aux décisions politiques et au budget de l'année financière, leur longévité est rarement assurée. Ce phénomène est surtout évident dans le domaine de l'emploi, comme le prouvent les programmes provinciaux et fédéraux destinés aux handicapés.

Un lien avec la nature

L'avantage considérable que présente le milieu rural pour le spécialiste se traduit souvent par la qualité thérapeutique de ce milieu pour la réadaptation du client. À Black Creek, un foyer d'accueil hors du commun pour adolescents en difficulté est situé sur une ferme où les pensionnaires ont des tâches à effectuer à l'extérieur, mais aussi la chance d'apprendre à connaître les animaux, d'explorer les bois et de patiner sur l'étang. Beaucoup de programmes d'emploi ou d'adaptation au travail tirent parti de la proximité de la nature. L'entretien des plantes d'une serre, la cueillette de légumes sur une ferme ou du travail à contrat dans l'ostréiculture peuvent présenter des qualités intrinsèques favorisant la réadaptation. MacLean (1984) cite le cas de Bill, un homme de 50 ans au handicap mental léger, qui avait vécu durant toute sa vie sur une ferme de l'Île-du-Prince-Édouard et qui, à la mort de ses parents, avait été placé en ville dans un foyer de groupe de même que dans un atelier protégé. Peu de temps après son placement, son handicap mental fut jugé profond et Bill présenta des troubles de comportement. Ce n'est que plusieurs mois plus tard qu'on découvrit que Bill possédait une vaste connaissance en agriculture et qu'il n'était pas si profondément handicapé lorsqu'on le remettait en milieu rural. Bill ne s'était pas bien adapté aux chaînes de montage et à la vie de groupe. Pour certains, l'intimité des milieux de travail

intérieurs, l'éclairage artificiel, le bruit constant des machines ou les vives discussions de compagnons de travail sont autant d'obstacles à la réadaptation.

Les caractéristiques distinctives du milieu rural mentionnées au début de ce document et celles des services suggérés aident à comprendre le travail du spécialiste de la réadaptation en milieu rural. Dans les pages qui suivront, nous traiterons de quelques-uns des rôles du spécialiste de la réadaptation oeuvrant en milieu rural et de la préparation à ce travail.

Quelques-uns des rôles courants

Le rôle du spécialiste en réadaptation au Canada a emprunté une voie différente de celle de son homologue américain. Alors que Stubbins (1982) considère que les programmes de deuxième ou de troisième cycle américains de consultation en réadaptation produisent des "hybrides indéfinissables", c'est précisément vers cette polyvalence interdisciplinaire que tendent les nouveaux programmes canadiens destinés au milieu rural. La normalisation dans les communautés rurales oblige à porter attention non seulement aux besoins professionnels d'un client, mais aussi aux questions touchant l'autonomie, les transports, les relations sociales, la santé mentale, la formation continue et les loisirs. Alors qu'il critique les différents rôles de "diagnosticien professionnel, de psychothérapeute, d'agent de changement, de psychologue local et de réformateur", Stubbins attribue le succès en réadaptation professionnelle à l'emploi. Au Canada, d'un autre côté, les nouvelles avenues en réadaptation ne laissent pas une place prépondérante à l'aspect professionnel, pas plus qu'au placement en milieu de travail ni au rôle thérapeutique qui émerge de la psychothérapie américaine. La réadaptation est plutôt vue comme un cheminement global qui dure toute la vie. Le programme de réadaptation du "Mount Royal College" et le programme d'études en réadaptation de l'université de Calgary, par exemple, offrent une formation interdisciplinaire pour les spécialistes de la réadaptation qui oeuvrent dans une vaste gamme de domaines des services sociaux. Pour que la liste des rôles que joue le spécialiste en réadaptation au Canada soit complète, l'énumération de Stubbins pourrait contenir les fonctions de consultant, de défenseur des droits, d'éducateur, de conseiller et d'agent de placement. Une telle polyvalence requiert des qualités personnelles appropriées, des habiletés cliniques et en relations interpersonnelles, de la créativité et la possession de ressources quasi

inépuisables en plus de l'expérience et des connaissances théoriques. Nombreuses sont les organisations rurales susceptibles d'employer des spécialistes de la réadaptation, mais les exigences formelles ou informelles laissent entrevoir les quatre principaux rôles que le spécialiste peut être appelé à jouer.

Le professionnel, un fonctionnaire

Jusqu'à présent, le spécialiste en réadaptation du milieu rural a presque toujours été un fonctionnaire d'un ministère provincial ou fédéral. Il est donc, légalement et en pratique, un représentant du gouvernement. Les directives de l'État peuvent être très explicites quand il s'agit de la protection, de la garde ou du soutien financier d'un client. Par contre, le spécialiste en réadaptation a reçu une formation de fournisseur direct de services, et le but premier de toutes ses relations avec son client est le bien de ce dernier. Cette dichotomie est une source éventuelle de conflits internes et externes. Suite à son étude du fonctionnaire travailleur en santé mentale en milieu rural, Ritchie (1982) prétend que les spécialistes en santé mentale du secteur public ont jusqu'à maintenant fait face à des dilemmes en matière d'éthique à cause des disparités entre les normes professionnelles et les règles imposées par la bureaucratie. Comme beaucoup de spécialistes en réadaptation font partie des mêmes associations professionnelles que les professionnels de la santé mentale, ils peuvent être confrontés à des dilemmes semblables. Même si de tels conflits ne s'appliquent pas uniquement aux fonctionnaires travaillant en milieu rural, ils sont cependant plus susceptibles de se manifester dans ce milieu puisque les spécialistes de la réadaptation y assument n'importe quel sinon tous les rôles décrits ci-dessous.

Le professionnel du secteur privé

Comme la plupart des communautés rurales ne peuvent financer les services d'un spécialiste de la réadaptation du secteur privé, elles ont recours à un travailleur à temps partiel ou à un itinérant pour ces services. Fréquemment, ce sont des travailleurs sociaux fonctionnaires qui s'en chargent. Les rencontres avec le client, qui peuvent avoir lieu après les heures normales de bureau ou pendant les week-ends, rendent parfois difficiles les communications avec d'autres spécialistes. Toutefois, elles présentent un avantage pour beaucoup de familles vivant en milieu rural et qui ne peuvent se

permettre d'effectuer les longs déplacements jusqu'au lieu des rendez-vous. Les fonctionnaires qui font de la pratique privée doivent éviter d'entrer en conflit d'intérêts et, en particulier, surveiller la façon dont ils obtiennent des clients et s'abstenir de faire double emploi. Bien que les services privés offerts aient déjà vu leur étendue limitée, c'est-à-dire qu'un psychologue peut faire des évaluations psychologiques mais non des évaluations professionnelles, ou qu'un travailleur social peut faire de la consultation mais non des psychothérapies, ils ont néanmoins fourni les solutions de rechange flexibles et nécessaires en milieu rural. Comme plus de familles de spécialistes choisissent de vivre en milieu rural, la gamme des services privés qui y sont disponibles va sûrement s'accroître. En raison de programmes de restrictions budgétaires du gouvernement, on étudie actuellement la viabilité économique de services donnés en sous-traitance au secteur privé, ce qui porte à croire que les spécialistes de ce secteur auront probablement un important rôle à jouer quant à l'élaboration des futurs programmes en milieu rural.

Rôle de réformateur

Comme il entretient une relation centrée sur le client, le spécialiste de la réadaptation est mis au courant de renseignements confidentiels sur un grand nombre de questions sociales et de santé. À l'exemple d'autres personnes oeuvrant dans le domaine des services sociaux, il peut être amené à défendre des droits ou des questions politiques, soit par goût personnel ou en raison de sa profession. Les réformes sociales constituant un processus dynamique dépendant de la participation de la population, les fournisseurs directs de services sont des recrues avantageuses. Ils peuvent cependant faire face à des conflits de travail s'ils décident de défendre les intérêts de certains groupes, en particulier si ces groupes sont des clients de l'employeur. De la même façon, l'intervention en qualité de médiateur pour répondre aux demandes de services immédiats et de programmes de prévention à long terme peuvent faire naître des pressions de la part de la communauté et de la profession. Comme les sources de financement sont restreintes, les réformes sociales sont devenues des mesures politiques et il est mal vu que les fonctionnaires y participent. Elles peuvent aussi nuire au spécialiste du secteur privé, en particulier si les clients de celui-ci et les services qu'il offre dépendent d'un organisme gouvernemental.

Les membres de la communauté

Dans les petites communautés rurales, la vie privée et la vie professionnelle ont peu de secrets pour personne et, souvent, ne sont pas nettement divisées. On demande fréquemment aux spécialistes de consacrer du temps au service de la communauté. Il est assez courant d'inviter un spécialiste à faire partie du conseil d'une société, d'un comité consultatif ou à conseiller un groupe de parents. Du point de vue personnel, il peut être intéressant d'accomplir des tâches qui débordent du cadre normal de l'emploi, mais cela peut aussi être très stressant. Selon les propres paroles de Ritchie (1982), "le stress émotionnel engendré par les pressions venant de voisins et d'amis concernant des sujets directement reliés à l'identité professionnelle et à l'emploi est qualitativement différent de celui que font naître des pressions de nature strictement idéologique" (p. 42). Le stress peut aussi provenir du milieu de travail quand les services communautaires viennent en conflit avec les objectifs de l'employeur, par exemple quand le spécialiste occupe le poste d'administrateur d'une société qui demande au ministère de l'Emploi un financement plus élevé ou quand il aide les membres d'un groupe constitutif à faire valoir leurs droits et à recourir aux instances juridiques. Alors que le spécialiste de la ville travaille, se loge et fournit des services communautaires dans des endroits distincts, le travailleur rural doit constamment s'adapter à des rôles personnels et professionnels très évidents.

Ces quatre rôles illustrent quelques-unes des qualités inestimables qu'acquiert le spécialiste en réadaptation du milieu rural. Les défis personnels et professionnels qui leur sont associés contribuent à faire de la réadaptation en milieu rural un domaine nouveau et excitant.

Préparation à la pratique en milieu rural

Pendant les années 60 et 70, une période de croissance rapide pour les services sociaux dans la plupart des régions du Canada, il était courant que de jeunes universitaires sans expérience soient affectés à des postes en milieu rural. Les spécialistes qui avaient de l'expérience étaient plutôt attirés par les centres urbains où ils trouvaient des occasions d'avancement et des possibilités d'activités socio-culturelles pour leur famille. L'initiation du spécialiste au milieu rural était un phénomène commun à un grand nombre de disciplines des services sociaux, notamment à l'enseignement,

au travail social, aux services de santé mentale et de liberté surveillée. Le fort roulement de personnel survenu pendant cette période d'expansion n'a pas concouru à stabiliser la croissance des services ruraux. La jeunesse y apportait de son dynamisme de même que des idées et des techniques nouvelles, mais il y avait des problèmes de continuité et de programmation à long terme. Toutefois, les bouleversements économiques de la décennie actuelle et la viabilité d'un nouveau mode de vie rural se sont traduits par la stabilité du personnel des services ruraux. On assiste maintenant à l'émergence d'un plus grand nombre de spécialistes qui, à long terme, participent personnellement au mode de vie rural et s'engagent à fournir des programmes et des services à ce milieu.

Suivant ce nouveau modèle, les futurs professionnels, pour accomplir leur travail, devront acquérir des compétences et des connaissances appartenant à d'autres disciplines. De plus, il serait utile qu'ils possèdent les qualités personnelles et les connaissances spécifiques importantes pour le succès dans l'exercice de leurs fonctions en milieu rural.

Compétences et connaissances interdisciplinaires

Brown (1984) mentionne la nécessité pour "un spécialiste éclectique de combiner les ressources de nombreuses professions", (p. 242) de manière à surmonter les obstacles géographiques et sociaux des régions rurales. Les connaissances interdisciplinaires du spécialiste en réadaptation font le pont entre la psychologie, le travail social et l'enseignement et constituent un bagage de connaissances intégrées des systèmes de services, de l'élaboration de programmes et de la planification de programmes personnels. Les compétences acquises en évaluation, en intervention, en recherche de solutions, en consultation et en administration s'appliquent à un éventail de milieux, soit les milieux clinique, résidentiel, professionnel, éducatif ou communautaire. Une telle conception de la formation facilitera l'adaptation du travailleur rural aux nombreux rôles qu'on lui demandera de jouer, entre autres aux rôles de clinicien, d'éducateur, de défenseur des intérêts, de conseiller et d'administrateur. Cette perspective interdisciplinaire est donc particulièrement utile en milieu rural puisqu'elle permet aux spécialistes de la réadaptation de recourir à leurs propres compétences et connaissances dans d'autres disciplines en l'absence de spécialistes.

Connaissances sur le milieu rural et façons d'aborder ce milieu

Les problèmes associés à l'offre de services humains à la population rurale ne sont pas exclusifs au Canada. En dépit de l'évolution sociale du monde occidental, nous oublions parfois des principes fondamentaux. Selon une étude de Coombs (1980), dans laquelle il examinait les besoins fondamentaux des pauvres des régions rurales dans les pays en développement, le premier "devoir" est d'apprendre à connaître les gens "pour évaluer non seulement leur milieu physique et leurs besoins, mais aussi leur milieu politique et social, leurs croyances, leurs traditions, leurs valeurs et leur vision des choses, leur mode de vie ainsi que leur besoin quotidien de temps et d'énergie" (p. 12). À moins que les spécialistes n'aient une connaissance de la politique des petites communautés, des conséquences des oscillations saisonnières de l'emploi, des interactions ethniques, des valeurs accordées aux traditions, des croyances religieuses et des attachements politiques, des problèmes de transport, etc., ils éprouveront de la difficulté à s'intégrer aux Canadiens du milieu rural. De même, il est peu probable qu'ils soient acceptés s'ils n'abordent pas le milieu rural d'une façon qui convienne au mode de vie de ce milieu. L'auteur de l'étude a observé que les gens des régions rurales se font une fierté d'être autonomes, conciliateurs et d'avoir un esprit de communauté. Ils respectent les spécialistes qui possèdent des valeurs semblables. Si ces derniers ne prennent pas de décision en l'absence de bureaucrates, donnent des conseils inutiles ou ne s'intègrent pas à la communauté, ils peuvent perdre ce respect. L'un des contrastes les plus frappants entre les régions urbaines et les régions rurales et le "rythme" de la vie. Dans les régions rurales, à cause des longues distances à parcourir, l'hospitalité transforme souvent un rendez-vous en une courte visite précédant le voyage de retour. Il peut s'avérer ennuyeux pour une personne qui ne peut faire preuve de souplesse ou qui travaille dans un système rigide de concilier les demandes des clients, les horaires de travail et les services, lesquels doivent coûter le moins possible, avec les exigences implicites du mode de vie traditionnel du milieu rural.

Caractéristiques personnelles

Idéalement, ceux qui sont intéressés à travailler dans le domaine de la réadaptation en milieu rural devraient avoir préalablement vécu dans ce milieu et

occupé des postes professionnels, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas. Le besoin d'employés ayant ces antécédents fait passer au second plan la valeur de l'expérience personnelle et professionnelle, puisque de telles personnes ont plus de chance de posséder l'état d'esprit et la maturité requises pour fonctionner en milieu rural. L'insuffisance de ressources, le grand nombre de services demandés et les incertitudes quotidiennes donnent encore plus d'importance à l'initiative, à l'ingéniosité et à la souplesse. La responsabilité et le manque de supervision qui caractérisent de nombreux emplois exigent de la confiance en soi et de l'autonomie. Les relations exigeantes avec la communauté demandent, dans la plupart des cas, de l'intégrité et même de la diplomatie. Ces assertions ne signifient pas que les spécialistes du milieu rural doivent posséder tous les attributs énumérés ci-dessus ni que ces caractéristiques sont les seules requises. Elles servent plutôt à souligner l'importance de considérer les caractéristiques personnelles lors du recrutement d'employés.

L'avenir

Dès le début de cet article, nous avons mentionné que de nouvelles avenues, laissant une grande part à la créativité, seront ouvertes dans le domaine de la réadaptation en milieu rural au cours des prochaines années. Les influences politiques, économiques et sociales actuelles fournissent une tribune permettant aux handicapés du milieu rural de faire des gains significatifs qui, combinés aux progrès de la recherche, nous permettent d'être optimistes. La législation a récemment consacré les droits des handicapés et après que les mouvements de défense des intérêts des consommateurs ont eu sensibilisé le public sur leurs droits et leurs besoins réels. Les contraintes économiques ont entraîné le réexamen des modèles traditionnels d'offre de services, ce qui nous oblige à faire une réévaluation, à définir les responsabilités et à trouver de nouvelles orientations. Les concepts de normalisation, d'intégration et de vie dans la communauté sont généralement acceptés. L'accès aux programmes sociaux, récréatifs et d'éducation aux adultes améliorent la qualité de la vie. Le nombre croissant de professionnels qui s'installent en milieu rural et le réseau grandissant des spécialistes de la réadaptation devraient faire augmenter le nombre et la qualité des services offerts. De plus, le climat semble propice à l'application des résultats de la recherche sur la réadaptation en milieu rural.

Résumé

Nous avons présenté un regard optimiste sur la réadaptation en milieu rural au Canada. Les grandes lignes en sont:

1) la reconnaissance des caractéristiques distinctives des activités du spécialiste de la réadaptation en milieu rural,

2) la connaissance des rôles multiples que doit jouer le spécialiste de la réadaptation en milieu rural et de ce qu'on exige de celui-ci,

3) les avantages d'une préparation particulière pour le service en milieu rural,

4) la facilité avec laquelle le climat socio-politico-économique permet d'apporter des changements à la façon d'offrir des services,

5) l'émergence d'une nouvelle profession interdisciplinaire pour les gens oeuvrant dans le domaine de la réadaptation.

Durant la prochaine décennie, ces facteurs donneront au spécialiste de la réadaptation en milieu rural de nouvelles armes qui lui permettront de s'attaquer aux questions touchant la réadaptation.

BIBLIOGRAPHIE

Baxter A. Helping communities to help themselves: The Newfoundland strategy. Mental Retardation, (1982), 32(2), 13-19.

Brown R.I. (Éd.). Integrated programs for handicapped adolescents and adults, Kent: Croom Helm, (1984).

Brown R.I., Hughson, E.A. & Nemeth, S.L. The total life program: A study into the feasibility of community based services for developmentally handicapped persons in a rural area. Calgary: Vocational Rehabilitation and Research Institute, (1981).

Coombs P.H. (Éd.) Meeting the needs of the rural poor: The integrated community approach. Toronto: Pergamon Press, (1980).

Harris C.J. (Éd.) Quick Canadian facts. Toronto: CanExpo, (1981).

James T.N. Community vocational rehabilitation service referrals: A nine year follow-up of 17 to 20 year old young adults. Paper presented at the B.C. Federation Council for Exceptional Children Eleventh Annual Conference, Vancouver, 1982, novembre.

MacLean I. Meeting individual needs in the community. Mental Retardation. (1984), 34(2), 27-35.

Ritchie P.L.J. The rural mental health worker as public servant: Challenge or conflict of interest. Canadian Psychology, (1982), 23 (1), 41-44.

Santé et Bien-être social Canada. Les personnes handicapées au Canada. Ottawa: ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, (1980).

Shipe D. Early interventions. In N.J. Marlett, R. Gall & A. Wight-Felske (Éds.), Dialogue on disability: A Canadian perspective (pp. 15-25). Calgary: University of Calgary Press. (1984).

Stubbins J. The entry level for rehabilitation counselors: A reassessment. Rehabilitation Counseling Bulletin, 1982, mars, 242-250.

Terra Transport Roadcruiser Service available for disabled persons. CARP News, p. 13. (1985), oct-déc.

Wiste S. Problem solving at the community level. Journal of Practical Approaches to Developmental Handicap, (1978), 2(1), 9-12.

LE COUNSELLING DES FAMILLES DONT UN MEMBRE EST HANDICAPÉ

Peter R. Johnson
Davies & Johnson Associates Ltd.
Delta (Colombie-Britannique)

Il y a quelques temps, un collègue et moi avons été priés d'organiser un atelier sur la sexualité pour une réunion régionale de l'American Association on Mental Deficiency. Comme deux séances étaient prévues, nous avons décidé de décrire notre programme de sensibilisation à la sexualité durant la première et de former un groupe de parents pour discuter de leur attitude envers la sexualité de leur enfant handicapé durant la deuxième. Nous avons invité quatre parents compétents d'enfants dont l'âge varie à prendre la parole devant l'auditoire composé en grande partie de spécialistes des services sociaux.

Le jour de l'atelier, la première séance s'est bien déroulée. L'auditoire était attentif et l'exposé a été suivi de débats stimulants. La deuxième séance a bien démarré; chaque membre du groupe de discussion a décrit d'une façon éloquente ses expériences positives et négatives et a expliqué ce qu'il avait appris en vivant avec une personne handicapée.

Toutefois, la période de questions et de réponses qui a suivi s'est déroulée bien différemment. L'un des parents s'est fait dire par un membre de l'auditoire qu'il aurait dû régler différemment situation qu'il avait très bien résolue à sa façon. Un autre s'est vu remettre une liste de documentation alors qu'un troisième a reçu des conseils sur la façon de communiquer avec un thérapeute familial dans son quartier. La plupart des interventions étaient de ce genre et on n'a pas vraiment profité de l'expérience des participants.

J'étais mal à l'aise et il m'a fallu quelque temps pour comprendre ce qui s'était passé. J'ai été un peu choqué de constater que l'auditoire n'avait pas apprécié la compétence des participants invités. Ces derniers étaient très instruits et chacun exerçait une profession libérale. Ils se sont dits satisfaits de leur situation familiale, mais les membres de l'auditoire ne semblaient pas partager leurs points de vue.

En parlant avec divers membres de l'auditoire après l'atelier, j'ai commencé à comprendre ce qui s'était passé. Il y en a qui m'ont avoué poliment avoir été déçus de la discussion en groupe et d'autres ont parlé du

counselling familial, de leur "reproche muet", et "de l'enfant qu'ils auraient pu avoir". Personne n'a dit que les exposés lui avait appris quelque chose ou qu'ils l'avait éclairé sur la façon dont les familles font face à la réalité d'un enfant handicapé. Pour tout dire, j'ai été alarmé de constater une croyance générale selon laquelle une famille ne peut fonctionner normalement si l'un de ses membres est handicapé.

Par la suite, un autre collègue et moi avons passé quatre après-midi agréables à assurer la formation sur place des employés du British Columbia Infant Development Programme. À la demande des parents d'enfants attardés, ces employés se rendent dans les foyers pour enseigner aux parents divers aptitudes appelées de façon plus ou moins juste "stimulation des enfants". Toutefois, pour leur programme d'enseignement permanent, les employés avaient demandé de l'aide pour améliorer leur aptitude à communiquer et à dispenser du counselling.

En leur parlant, je me suis rendu compte qu'ils faisaient beaucoup plus qu'enseigner des techniques de base aux parents. J'ai appris, par exemple, qu'ils jouaient le rôle de confident, d'ami, de spécialiste, de gardien d'enfant, voire de conseiller matrimonial. Toutefois, ce n'est qu'après avoir entendu dire que la mère d'un enfant handicapé avait demandé à l'un d'eux de la conduire au supermarché que le coeur du problème est apparu. Dans presque tous les cas, ces employés assurait de liaison entre la famille et la collectivité. Je découvrais non pas des dysfonctions au sein de la famille et des cas de psychopathologie, mais une situation où les familles se sentaient isolées de la collectivité et d'un réseau d'amis. Ces deux anecdotes illustrent la situation actuelle à laquelle sont confrontés les spécialistes qui dispensent du counselling aux familles qui comptent un membre handicapé. D'une part, il y a le point de vue psychothérapeutique classique selon lequel la naissance d'un enfant handicapé est une expérience si traumatisante pour les parents qu'ils nécessitent presque toujours de la thérapie prolongée. D'autres part, il y a la théorie de l'action sociale dont les tenants croient que les difficultés auxquelles font face la plupart des familles qui comptent un membre handicapé resultent du soutien inadéquat de la collectivité.

L'une des faiblesses du modèle psychopathologique est qu'il ne tient pas compte des réussites. Bien sûr, je vois de temps en temps des familles dont la colère est chronique, qui protègent trop leurs enfants, éprouvent des sentiments de culpabilité et ont des impulsions destructrices, mais la plupart des familles sont bien équilibrées et tentent de faire face aux nouveaux

facteurs stressants. Malheureusement, bien des thérapeutes classiques estiment que les parents qui apprennent à s'adapter à la réalité d'un enfant handicapé et qui ne perdent pas leur optimisme ne font que surcompenser pour amoindrir leurs sentiments de culpabilité (McKennon et Marlett, 1984). C'est ce genre de situation inéluctable qui révèle le fondement politique sur lequel repose le modèle psychologique.

Peut-être par excès de zèle, bien des conseillers familiaux ont pris l'habitude de considérer leurs clients comme étant inférieurs du fait qu'ils demandent de l'aide. Bien des groupes minoritaires, notamment les handicapés, en sont conscients, si bien qu'ils choisissent leurs conseillers avec soin. A ces conseillers, je demanderais de faire un examen de conscience.

Évidemment, le présent mémoire ne vise pas à défendre le modèle psychopathologique. Il n'en reste pas moins qu'il peut être utile dans certains cas bien précis. Toutefois, l'objectif du présent document est d'examiner les applications pratiques de la théorie de l'action sociale pour le counselling de la famille qui compte un membre handicapé.

L'action sociale et le counselling familial

Documentation

En tant que psychologue, ma première démarche lorsque j'aborde un nouveau domaine est de consulter la documentation sur le sujet pour découvrir tout ce que je peux sur les programmes et les méthodes, les techniques d'évaluation et les résultats des enquêtes. Cette information me permettra de formuler des principes qui me guideront dans mon travail.

Malheureusement, cette méthode n'est pas tellement utile pour le sujet qui nous intéresse. L'interrogation du système ERIC n'a donné que 42 titres d'articles sur le counselling de familles comptant un membre handicapé, dont trois thèses de doctorat basées sur des recherches mais qui portaient sur des sujets ésotériques, notamment "le processus interpersonnel est fonction des échanges verbaux entre les membres de la famille." Il y avait 14 articles que l'on pourrait appeler "théoriques" et 20 autres ayant trait aux expériences cliniques des auteurs. Quatre des cinq autres articles ne semblaient pas porter sur le counselling familial.

Le dernier décrivait une expérience menée sur 22 familles dont la maîtresse de maison était handicapée (Schwab, 1975). Après un programme de réadaptation

familial de 18 mois, les intéressées ont été comparées à un groupe témoin n'ayant pas reçu de counselling. Les six échelles d'évaluation ont permis de constater qu'il n'y avait aucune différence entre ces deux groupes!

Il semble, par conséquent, qu'il y ait peu de preuves concrètes à l'appui d'une approche particulière pour ce genre de counselling familial. Une bonne partie de la documentation dite de recherche est basée essentiellement sur des propos de laboratoires qui sont souvent subjectifs et reposent sur les connaissances et traits d'un conseiller particulier. De ses descriptions cliniques, environ 40 % concernent l'action sociale et le restant formulaient des hypothèses au sujet de la famille basées sur le fait qu'elle compte un membre handicapé.

Théorie et principe d'interaction

Pour moi, la prochaine étape consiste à réexaminer la théorie et le principe de l'interaction avec les clients en tenant compte de la documentation sur la recherche. Ayant été formé à l'école de Rogers, je présume ce qui suit:

- Ceux qui sollicitent mon aide sont mes égaux,
- Ils ne sont aucunement méprisables du fait qu'ils ont besoin d'aide ou sont handicapés,
- Il faut les respecter et toujours les traiter avec respect,
- Nous sommes des alliés et avons beaucoup à apprendre l'un de l'autre,
- Enfin, c'est une grande responsabilité et un privilège pour un conseiller d'intervenir dans la vie d'autres êtres humains.

En outre, en abordant la question du points de vue de la théorie du développement, je tiens compte des écrits sur les familles typiques. L'ouvrage de Solomon intitulé Stages of Family Development (1973) fournit un cadre pratique. L'auteur décrit cinq étapes associées au développement:

1) En créant une nouvelle famille, deux adultes doivent renoncer à leur famille d'origine en tant que source première de gratification et se retrancher sur leur propre intimité.

2) Cette étape commence par la naissance de leur premier enfant. Leurs responsabilités de parents viennent approfondir leurs rapports de dépendance de l'un envers l'autre. Solomon

laisse entendre qu'un problème peut surgir si le rôle de parents l'emporte sur celui d'amants.

3) Ensuite, la famille doit insister moins sur la gratification des désirs de l'enfant d'âge préscolaire et de ses besoins et tenir compte davantage de l'influence socialisante croissante de la collectivité. Les parents doivent prendre garde de ne pas nuire à leurs enfants en favorisant leur dépendance sur eux ou en les abandonnant trop tôt.

4) La quatrième étape consiste à renoncer à la gratification primitive associée au rôle des parents et de l'enfant et à favoriser la gratification secondaire des parents et des adultes autonomes. Il arrive que les parents hésitent à abandonner ces liens premiers, se rendant compte que cela les obligerait à réévaluer leurs rapports matrimoniaux avec un époux qui est devenu distant et insensible.

5) La dernière étape est celle de l'acceptation, c'est-à-dire faire face à la déchéance physique, sociale, affective et économique associée au vieillissement et accepter la dépendance accrue sur ses propres enfants.

Virginia Woolf dans son oeuvre To the Lighthouse (Proudfit, 1984) brosse un tableau intéressant de la famille Ramsay qui met en évidence les cinq étapes de Solomon.

Situations particulières

Il est important d'examiner les situations particulières dans lesquelles se trouvent bon nombre de mes clients. La personne handicapée au Canada fait partie d'un groupe déshérité, car elle peut être internée indéfiniment et privée de ses autres droits fondamentaux sans pouvoir recourir à la loi. Les proches parents de la personne handicapée sont marqués aux yeux des autres en ce sens qu'ils doivent la placer dans une école spécialisée, une classe spéciale ou l'inscrire à un atelier protégé. Quoique Freire (1981) décrit la vie des paysans de l'Amérique du Sud, ses écrits s'appliquent à bien des points de vue aux groupes minoritaires du Canada. Il parle des opprimés et des oppresseurs. Toutefois, il ne s'agit pas d'une simple dichotomie, car des aspects des uns et des autres peuvent se trouver dans

la même personne à un certain moment. Ainsi, le contremaître peut être autoritaire au travail et s'aplatir devant son superviseur. Malheureusement, la réalité est que les qualités d'oppresseur l'emportent dans la plupart des individus qui occupent une situation de confiance, alors que ceux qui sont dépourvus d'autorité sont vraiment opprimés.

Freire souligne deux autres points qui s'appliquent tout particulièrement à la réalité canadienne. D'abord, il affirme que l'un des principaux moyens utilisés par les oppresseurs pour assurer la servilité des opprimés est de nier leur état. Pour se libérer, les opprimés doivent affirmer ce qu'ils sont.

Il fait remarquer que les oppresseurs ne peuvent pas libérer les opprimés. Pour vraiment affirmer leur autorité, ces derniers doivent se libérer eux-mêmes. Le rôle de celui qui détient le pouvoir est de travailler avec et non pour les opprimés en les aidant à déterminer leur état et à y faire face. C'est pourquoi lorsqu'il traite de l'enseignement des personnes déshéritées, Freire prend le soin de préciser les rôles de l'enseignant-étudiant et de l'étudiant-enseignant.

Quand ils décrivent leurs expériences au conseiller, bien des parents se plaignent de ce que leurs enfants ne semblent pas les écouter. Ils sentent qu'on n'attache aucune importance à leurs sentiments et opinions. Autrement dit, on nie ce qu'ils sont!

Heureusement, les parents d'enfants handicapés ont pris des mesures importantes pour se libérer. Depuis 30 ans, ils se groupent en associations, lesquelles ont le double mandat de fournir des services aux enfants handicapés et de les aider d'une façon générale. D'aucuns prétendent qu'ils ont pleinement réalisé leurs objectifs. Toutefois, ils sont un excellent exemple de groupes qui s'affranchissent en faisant face à la réalité telle qu'ils la conçoivent.

Responsabilités des conseillers

Je crois que le lecteur comprend maintenant que les ouvrages de Rogers, Solomon et Freire sont compatibles avec une méthode d'action sociale pour le counselling des familles dont l'un des membres est handicapé. Ceci dit, le cadre pour l'action sociale décrit par McKinnon et Marlett (1984) est utile quand il s'agit de la première rencontre avec une famille.

La première tâche du conseiller est de redéfinir le problème tel qu'il est perçu par la famille de manière à tenir compte du milieu social, c'est-à-dire du quartier ou de la collectivité. À cette fin, le conseiller se

verra peut-être obligé de s'inscrire en faux contre le diagnostic de l'agence qui lui a adressé le client ou même demander à la famille de réexaminer la question. Par ailleurs, il est extrêmement important que les conseillers reconnaissent les sentiments des membres de la famille et qu'ils établissent un lien entre ces sentiments et des éléments à l'intérieur et à l'extérieur du foyer. Cette approche oblige souvent les familles à réexaminer leurs convictions, surtout s'ils ont adopté certaines valeurs de leurs oppresseurs. Le conseilleur peut faciliter cet examen de conscience en établissant un lien clair entre la détresse ressentie par la famille et les conditins sociales.

Il est important de poser des questions "ouvertes" pour obtenir de l'information qui introduit une perspective socio-historique. Par exemple, les questions suivantes:

- Comment avez-vous découvert que votre enfant avait un problème?
- Comment l'accident de voiture vous a-t-il affecté?
- Quelle a été la réaction de la famille, de vos amis, des gens du quartier?
- Qui a le plus aidé votre famille par le passé?
- Quelles possibilités envisagez-vous pour votre parent handicapé?

De cette façon, le problème ne devient pas seulement celui de la famille; on établit un rapport entre lui et la collectivité. C'est également le moment pour le conseiller de reconnaître la vaillance de la famille qui a surmonter une pareille épreuve. Comme c'est probablement la première fois que la famille reçoit un compliment d'un spécialiste, la sincérité du conseiller peut avoir un effet très positif sur des rapports avec la famille (Kratoville, 1975).

Il faut également faire des plans pour l'avenir, car il est irréaliste de s'attendre à ce que les solutions aux problèmes de l'heure soient bonnes pour les problèmes de l'avenir. C'est pourquoi le conseiller demandera à chaque membre de la famille, notamment à la personne handicapée, d'examiner ses objectifs à long terme.

Encore là, le conseiller doit accepter leurs aspirations et ne porter aucun jugement sur leurs désirs. On se souviendra que le professeur de sciences d'Albert Einstein lui a dit qu'il ne ferait jamais grand chose dans la vie! Bien assez vite, leurs objectifs seront mis à l'épreuve, si bien qu'il n'y a pas de mal à rêver un peu. Sans objectif, la vie n'a pas vraiment de sens.

Le conseiller doit être sensible aux conflits éventuels entre les adulte handicapés et leurs familles. Les parents remettent souvent en cause les valeurs et objectifs de leurs enfants adultes. Toutefois, avec quelque hésitation, ils finissent par reconnaître leur droit de prendre leurs propres décisions. C'est parfois plus difficile pour les parents d'adultes handicapés, car ils savent comment difficile il est pour leur enfant de prendre une décision et les conséquences néfastes des risques.

Le conseiller qui interroge la personne handicapée sur ses objectifs constatera peut-être chez elle une réaction assez intéressante. Par exemple, elle restera peut-être muette, car elle a toujours dû suivre des instructions. Il pourrait s'écouler plusieurs semaines avant qu'elle formule une réponse ou fasse suffisamment confiance au conseiller pour se confier.

Il arrive également que les parents fassent fi des aspirations de la personne handicapée, craignant qu'elles n'aboutissent pas, et de la réaction de la collectivité aux efforts de la personne handicapée. En outre, l'expérience montre que ce sont eux qui doivent payer les pots cassés. La famille n'a pas tort de penser ainsi et il ne faut pas y voir chez elle une manifestation de cette surprotection pathologique décriée par tant de conseillers classiques. Par conséquent, il est très important pour le conseiller de discuter des questions ayant trait à l'établissement d'objectifs à long terme compte tenu de l'expérience de la famille dans la collectivité.

Au fur et à mesure que les familles commencent à voir la situation du point de vue de l'attitude de la société envers la personne handicapée, une grande colère pourrait naître en elles. Cette colère peut viser certains médecins ou enseignants, les voisins ou les parents éloignés. Quelle que soit la cible, elle est une source d'énergie qui peut être canalisé dans la fixation d'objectifs à long terme.

À cette étape, il est très important pour la famille de voir en le conseiller un allié qui les aidera à prendre une décision. McKinnon et Marlett décrivent avec justesse ce rapport en disant qu'il est "fondé sur la collaboration où les connaissances du conseiller sont reconnues ainsi que l'aptitude de la famille à s'adapter à des conditions difficiles". Essentiellement, le rôle du conseiller devient celui d'un collaborateur et d'une personne ressource qui favorise l'adaptation sociale.

Souvent cette situation met les conseillers dans une situation difficile, car beaucoup sont au service d'organismes gouvernementaux ayant un rôle de

surveillance, par exemple les ministères de la Santé ou de l'Éducation et les agences sociales financées par le gouvernement. Le changement est souvent mal accueilli par ces organisations, même s'il répond à un besoin impérieux. Par conséquent, les conseillers qui aident les familles à modifier le statu quo peuvent être accusés de nuire à la réalisation des objectifs de leurs employeurs. Cette situation les met dans un dilemme: aider la famille ou accorder leur allégeance à leurs employeurs. Dans de tels cas, le conseiller doit absolument se fixer et s'expliquer à la famille. Ils s'exposent à l'accusation de gêner la réalisation des objectifs de leurs employeurs. Par conséquent, il est absolument essentiel que chaque conseiller explique clairement sa position sur ce sujet à la famille. Selon mon expérience, la franchise est de beaucoup préférable à des promesses auxquelles on ne peut être fidèle.

Premier cas

Les Bertrand sont comme la plupart des familles comptant un membre handicapé en ce sens que les raisons qui les poussent à s'adresser à moi ont trait à leurs rapports avec la collectivité.

M. et Mme Bertrand habitent dans la banlieue avec leurs quatre enfants, deux fils et deux filles âgés de 14 à 22 ans. L'un des fils, Michel, âgé de 17 ans, souffre d'apoplexie, ce qui a retardé considérablement son développement intellectuel. Mme Bertrand est aide-infirmière. Elle est chaleureuse et exubérante alors que son mari, un gestionnaire, est plutôt réservé.

Je les ai rencontrés pour la première fois environ 6 mois après que Michel fut placé dans un foyer. Ses parents se demandaient s'ils avaient bien fait. Après avoir rencontré toute la famille, je me suis vite rendu compte que ce couple prenait au sérieux ses responsabilités de parents. Les enfants étaient polis et propres et n'avaient pas peur de se joindre à la conversation ou d'exprimer un point de vue différent de leurs parents. Quoique Michel soit incapable de parler, il a semblé indiquer par des gestes qu'il était heureux de se trouver parmi nous.

M. et Mme Bertrand avaient décidé de placer leur fils pour plusieurs raisons. D'abord, on leur avait dit qu'il était "normal" pour les jeunes adultes de quitter le foyer familial et que, par ailleurs, leurs autres enfants étaient négligés à cause du temps qu'il fallait accorder à Michel vu ses problèmes médicaux et d'apprentissage. Ensuite, il s'étaient rendus compte que les copains de leurs enfants hésitaient à venir chez eux

vraisemblablement parce que l'apparence et le comportement de Michel les rendait mal à l'aise. Donc, pour plusieurs raisons sociales, ils ont placé Michel.

Il leur manquait, toutefois, et ils craignaient que le foyer ne soit un milieu trop impersonnel. Nous en avons parlé et j'ai vite constaté que les autres enfants partageaient l'inquiétude de leurs parents. Qui plus est, ils ont réussi à les convaincre qu'ils ne se sentaient pas négligés, encore qu'ils ont reconnu que leur amis hésitaient à venir à la maison.

Enfin, la famille a décidé qu'elle voulait que Michel revienne à la maison. Malheureusement, à cause de son invalidité, on n'a pas pu lui demander son opinion, mais ceux qui l'entauraient étaient d'avis qu'il serait d'accord. Certainement, ses frères et soeurs voulaient qu'il revienne et trouvaient qu'il était raisonnable qu'il vive à la maison jusqu'à environ l'âge de 20 ans. Ils ont également commencé à songer à leurs responsabilités à long terme envers lui après le décès de leurs parents. En outre, nous avons pu examiner divers moyens que les membres de la famille pourraient adopter pour désensibiliser leurs amis sur le handicap de Michel et les inciter à passer plus souvent à la maison.

Michel est retourné à la maison et il semblait y avoir plus de visiteurs. Je n'ai pas vu les Bertrand pendant près d'un an, jusqu'à ce que leur fille Allyson, âgé de 19 ans, vienne me voir pour me faire part des difficultés qu'elle avait à s'adapter à l'université. Une autre question d'action sociale!

Deuxième cas

Paul Boisvert, âgé de 21 ans, est un étrange jeune homme qui fait partie d'une famille bizarre. On a diagnostiqué chez lui une légère lésion au cerveau causée par une blessure à la naissance. Il a fréquenté des classes spéciales durant ses années scolaires. Depuis la fin de ses études, il n'a pas travaillé mais a passé le plus clair de son temps dans sa chambre chez ses parents. Mme Boisvert m'a amené Paul parce qu'il avait abusé de sa nièce de 5 ans.

M. et Mme Boisvert ont six enfants dont Paul est le plus jeune. Tous sauf la mère de la fillette habitent au foyer familial. Les deux qui occupent un emploi contribuent financièrement au ménage. Quoique M. Boisvert ait été hospitalisé à maintes reprises pour troubles mentaux, il occupe un emploi permanent.

Les membres de la famille communiquent entre eux d'une façon indirecte, en ce sens qu'un tiers assure normalement la liaison entre deux protagonistes. Un

climat de forte tension règne au foyer et le plus vieux, Bernard, impose son autorité au moyen d'injures et de force physique. Peut-être pour ces raisons, M. Boisvert s'absente de la maison autant que possible.

Les progrès de Paul ont été lents car sa famille le considérait comme étant "arriéré" et ne le tenait pas responsable de ses actes. Il a continué de vivre isolé et était incapable d'exprimer sa colère d'une façon directe. En outre, ce jeune homme a avoué avoir des fantasmes de torturer des femmes en se masturbant.

Parmi les familles comptant un membre handicapé qui se présentent à mon bureau, les Boisvert sont uniques. Quoique bien des facteurs associés à l'action sociale s'appliquent également à leur cas, cette famille présente des problèmes qui nécessitent une psychothérapie intensive.

Il est rare qu'un conseiller ait à s'occuper d'une famille semblable. Toutefois, même dans ces situations, la thérorie de l'action sociale peut être très utile pour aider la famille à comprendre les raisons pour lesquelles elle est isolée socialement et les problèmes qui en découlent, et à voir en le conseiller un allier et commencer à chercher des solutions. Néanmoins, Paul a besoin de soins plus classiques pour l'aider à assainir sa sexualité et la rendre plus normale.

Organisation des services

L'une des façons dont le conseiller peut aider la famille est d'assumer le rôle de coordonnateur pour l'établissement d'un plan des services. Normalement, la personne handicapée est au coeur de ce plan qui prévoit des liens officiels entre elle et ceux qui lui dispenseront toute une gamme de services. Du point de vue pratique, ce plan peut réduire énormément l'isolement ressenti par la famille dans la collectivité.

D'abord, le conseiller rencontre la personne handicapée et la famille pour leur expliquer les diverses étapes du processus de planification et obtenir leur consentement. Toutefois, il faut se rappeler que les clients ne veulent pas tous un plan. En temps qu'enseignant-étudiant, le conseiller doit tenter de déceler la moindre hésitation et doit respecter le droit de la famille de choisir. Selon mon expérience, toute coercition ou tentative de persuasion à cette étape gêne le processus de planification.

Si la famille désire donner suite au plan, la prochaine étape consiste à déterminer les domaines principaux dans lesquels ils ont besoin de services et à leur donner le temps de discuter du genre d'aide

nécessaire. Il faut ensuite choisir ceux qui fourniront les services et qui seront invités à la première réunion de planification. Le conseiller doit tenir compte de la moindre hésitation de la part de la famille lorsque divers spécialistes sont proposés. Il n'est pas rare de constater qu'il y a des individus à qui la famille ne fait pas confiance à cause d'une mauvaise expérience. Si possible, ces gens ne devraient pas être invités à la séance car leur présence pourrait nuire au processus.

Immédiatement avant la première réunion, le conseiller prendra soin de poser des feuilles de papier vierges sur les murs de manière à ce qu'elles soient bien visibles. Lui ou un adjoint y relèvera les décisions principales qui auront été prises. Le plan définitif sera dactylographié à partir de ce relevé et un double remis à chaque participant.

Les réunions posent un défi pour les conseillers car ils doivent faire preuve de beaucoup de finese pour rendre tout le monde à l'aise et s'assurer qu'il ne s'égare pas du sujet. Il doit savoir écouter, reformuler les propos et relancer le débat. En outre, il doit prendre soin de disposer les participants de manière à ce que personne ne se sente exclu et que tout le monde puisse bien entendre ce qui se dit. Par exemple, la personne handicapée et la famille devraient se trouver au centre du groupe car ils sont les participants les plus importants. Dans ce contexte, il est souhaitable de ne pas diriger les réunions assis à la tête d'une longue table rectangulaire, cette disposition étant un frein à la communication. La salle idéale est gaie et ensoleillée, les fauteuils sont disposés en demi-cercle face à un tableau au mur et, autour, il y a des tables basses sur lesquelles se trouvent des plumes, du papier, des tasses et les autres articles nécessaires à la réunion.

Il faut prendre soin de ne pas inviter trop de spécialistes si la famille manque de confiance. Certaines gens ont confiance en eux et ne sont pas intimidés par des titres et qualités, mais il y en a d'autres qui ont eu de mauvaises expériences si bien qu'ils n'osent ouvrir la bouche par crainte de dire des sottises. Si c'est le cas, il vaut mieux n'inviter que trois ou quatre spécialistes jusqu'à ce que la famille se sente plus à l'aise. En revanche, il semble qu'on ne doive inviter plus de 12 participants pour que la réunion soit une réussite. Une chose est certaine, il est important d'éviter les situations néfastes comme celles où une femme s'est présentée à 18 spécialistes réunis dans une salle comme la mère de l'homme condamné!

À la première réunion, certains spécialistes seront mal renseignés sur le handicapé. C'est pourquoi il est nécessaire de leur fournir de l'information. Une façon de s'y prendre est de demander à la famille, aux amis et aux accointances de décrire l'intéressé, qui sera invité à son tour à confirmer ou à contredire les observations des autres. Quoique la présence de la personne handicapée suffise normalement à écarter des commentaires désobligeants, le conseiller est là pour s'assurer que le débat se déroule sur un ton positif. Par exemple, s'il s'agit d'un muet, on dira qu'il sait bien communiquer par signes en évitant de la qualifier de muet. Avec un peu d'adresse, la personne handicapée peut être ainsi décrite que les autres participants qui ne sont pas des spécialistes verront qu'ils n'ont pas à craindre de parler devant le groupe.

La prochaine étape est l'étude en groupe des éléments suivants du plan:

a) Services principaux: Les services principaux sont énumérés. Ils comprennent normalement l'hébergement, l'enseignement, les besoins sociaux et les loisirs. En outre, certaines gens ont des besoins professionnels, des besoins médicaux complexes ou nécessitent de l'aide juridique. Il est important de se rendre compte que les différences d'un individu à l'autre peuvent allonger la liste de deux ou trois articles ou de plus d'une douzaine, et que les besoins de quelqu'un ne se limitent pas aux articles mentionnés dans le texte.

b) Milieux désirés et services préférés: Pour ce qui est de chaque service principal, le groupe tente de décrire le milieu et le programme idéaux. Il est important de noter que la disponibilité du service en question n'est pas important à cette étape. Le groupe est là pour déterminer la meilleure formule avec la personne handicapée. Ce n'est qu'en décrivant les besoins que des changements peuvent être apportés aux services. Se limiter à ce qui est disponible ne fait que perpétuer le statu quo même lorsque le service est inefficace et déshumanisant.

L'exemple suivant d'un milieu désiré est ressorti d'une conversation avec un jeune handicapé mental et son équipe durant l'analyse de ses besoins en matière de logement:

"Jean aimerait vivre dans une maison ordinaire, c'est-à-dire qu'il ne veut pas vivre en établissement. Elle doit être située dans la partie sud du centre-ville pas plus d'une rue d'un arrêt d'autobus. Il aimerait un jardin clôturée et sa propre chambre à coucher. Il ne veux pas vivre avec d'autres handicapés mais aimerait partager une maison avec deux ou trois jeunes adultes."

c) Services disponibles: L'équipe énumère toutes les ressources disponibles pour un service particulier. Il s'agit généralement de ministères ou d'organismes privés, mais il ne faut pas écarter la possibilité d'obtenir des ressources d'organismes moins officiels. Par exemple, le frère de Jean partageait une maison avec d'autres en ville, ce qui pourrait être considéré comme une forme de ressources.

d) Services manquants: Le groupe compare le milieu demandé et les services disponibles. Cela lui donne une meilleure idée des nouveaux services qui peuvent être établis. Par exemple, s'il n'y a pas de programmes de loisirs, ceux qui dressent le plan devront y voir.

e) Personne chargée d'obtenir les services: L'un des aspects les plus remarquables de ce genre de plan est qu'il confie la responsabilité d'obtenir les services à quelqu'un en particulier qui doit en rendre compte à la réunion suivante. Cela cause un certain stress pour les spécialistes, mais l'expérience montre qu'ils s'acquittent bien de leurs responsabilités dans ces conditions!

f) Personne chargée de fournir le service: Ce n'est généralement pas celle qui est chargée d'obtenir le service, mais plutôt un gestionnaire. Ceux qui offrent les services sont normalement des employés opérationnels, des bénévoles ou des amis. Ils sont des éléments essentiels du plan et doivent être identifiés nommément.

g) Date d'obtention des services: Enfin, de l'espace a été prévue sur la feuille où le conseiller peut relever des dates auxquelles les

personnes visées ont pu obtenir les services nécessaires.

La durée des réunions est une autre question importante. Après un certain temps, les participants finissent par s'ennuyer, sont distraits ou las. Chacun est différent, mais en général, les participants sont attentifs pour environ une heure. Par conséquent, le conseiller doit organiser des réunions de telle sorte qu'elles ne durent pas plus d'une heure.

Comme je l'ai dit plus haut, l'animation des réunions demandent beaucoup d'adresse au conseiller. Il doit apprendre, notamment, à mesurer son temps. Il doit, bien sûr donner assez de temps aux participants pour répondre aux questions pertinentes en s'assurant qu'ils ne s'éloignent pas du sujet et diriger leur conversation. D'aucuns reconnaîtront que les propos de retrouvailles et le bavardage peuvent attendre après la réunion!

L'établissement d'un plan de service peut exiger des réunions de deux ou trois heures et pour cette raison, nous proposons au conseiller de prévoir un intervalle d'une ou deux semaines entre chacune. Il s'agit d'une période suffisamment courte pour ne pas oublier les points analysés à la réunion précédente, mais suffisamment longue pour donner aux participants le temps de s'acquitter de leurs responsabilités.

Quand il est terminé, le plan est dactylographié et signé par la personne handicapée ou son tuteur officiel. Un double est remis à chaque membre du groupe à qui l'on rappelle la date de la réunion de suivi qui a normalement lieu durant les six mois. Ce rappel permet d'informer les membres et l'équipe qu'ils devront rendre compte des services qu'ils se sont engagés à fournir à la personne handicapée et à sa famille.

3e cas

Mme Leblanc m'a demandé de visiter l'atelier protégé où son fils, Daniel, travaille. La journée précédente, elle avait reçu un appel téléphonique du directeur qui lui a dit que Daniel ne cessait pas de se masturber. Mme Leblanc était très inquiète, car Daniel était coléreux et difficile à vivre à la maison.

Le jour de ma visite, il avait peu de travail. La plupart des participants étaient inoccupés et causaient. Le directeur m'a expliqué que cette situation durait depuis environ un mois. Quand j'ai vu Daniel pour la première fois, il était debout à l'arrière de l'atelier les mains dans ses poches et il semblait manipuler ses organes génitaux. On me l'a présenté et il n'a pas osé

me regarder dans les yeux et a indiqué qu'il ne tenait pas à me parler.

J'ai rencontré par la suite Daniel et ses parents pour discuter de la situation. Nous avons conclu que les pratiques sexuelles de Daniel n'étaient pas au coeur du problème, mais plutôt son orientation professionnelle. Toutefois, M. et Mme Leblanc continuaient de s'inquiéter du comportement de leur fils à la maison qui rendait tout le monde stressé. Ainsi, je leur ai parlé du plan de services généraux et leur ai demandé s'il pensait pouvoir en profiter au point où ils en étaient. Ils ont convenu d'essayer cette méthode, encore que Daniel semblait plutôt réticent.

D'abord, lui et moi ont eu un entretien pour lui donner l'occasion de préciser ces besoins. Ensuite, il a assiste, avec ses parents, son frère et sa soeur à la première séance de planification à laquelle se trouvaient également les représentants des sevices professionnels, d'habitation et de loisirs de la ville. Daniel a très peu parlé, mais la réunion s'est bien déroulée. La famille Leblanc n'a pas été intimidée par les spécialistes. Une autre courte réunion a eu lieu où des propositions précises ont été formulées en vue d'apporter des changements dans la vie de Daniel.

L'original du plan dactylographié en main, je me suis rendu à l'atelier pour le faire signer par Daniel. C'est à ce moment qu'il a fait sa première contribution volontaire au processus de planification en refusant. Il m'a dit qu'il y avait songé et qu'il refusait de faire ce qui avait convenu. En lui parlant, je me suis rendu compte qu'il craignait que les grands changements proposes dans le plan ne bouleversassent sa vie. Il a reconnu qu'il avait été difficile à vivre mais s'est dit prêt à changer. Il s'est engagé à participé à la vie familiale et a promis d'être de meilleur humeur.

En outre, il a consenti à assister à une autre réunion de l'équipe de planification pour s'attaquer à ses autres préoccupations. Avec l'appui de ses parents, Daniel a pu participer davantage aux réunions.

Il a été décidé à l'unanimité que les changements dans sa vie devraient être apportés un à la fois et que le jeune homme indiquerait quand il serait pour la prochaine étape. Par conséquent, il a été convenu qu'il suivrait un programme de formation professionnelle, qu'il irait ensuite en vacances avec un groupe de ses semblables, suivrait une classe d'éducation sexuelle et, enfin, se préparerait à quitter le foyer familial. Quand il a constaté que le groupe tenait compte de son point de vue, sa crainte a commencé à se dissiper et il est devenu plus enthousiaste au sujet du plan.

Aujourd'hui, deux ans plus tard, Daniel travaille comme plongeur dans un restaurant achalandé de la ville. Il habite dans une maison avec quatre autres jeunes handicapés, garçons et filles. Ils peuvent compter sur un employé qui est de garde s'ils ont besoin d'aide. Quoique Daniel rende souvent visite à ses parents les week-ends, il reste plutôt solitaire et doit faire un effort pour se faire de nouveaux amis.

Résumé

1) Le présent document parle de la méthode de l'action sociale pour le counselling des familles dons l'un des membres est handicapé.

2) Les tenants des méthodes psychothérapeutiques classiques, présument que la famille est chroniquement perturbée et le restera à cause de sentiments de culpabilité et de tristesse.

3) Ces méthodes vont donner lieu à une attitude, au Canada, selon laquelle les gens handicapés et leur famille sont une minorité opprimée.

4) Les adeptes de la théorie de l'action sociale croient que ces familles subissent un stress considérable du fait qu'ils ne peuvent pas compter sur un réseau d'amis et de services dans la collectivité. Les conseillers cherchent à se faire l'allié de ces familles pour les aider à préciser leur réalité et prendre les mesures nécessaires pour remédier à la situation.

5) La théorie de l'action sociale est compatible avec les principes du counselling de Rogers et les étapes du développement de la famille de Solomon.

6) La planification des services généraux est une stratégie qui incorpore bon nombre des principes de l'action sociale. Le conseiller agit comme coordonnateur et doit faire preuve de beaucoup d'adresse en communiquant avec la famille. Les familles ont beaucoup profité de ce genre d'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

Freire, P. (1981). Pedagogy of the oppressed, New York, Continuum.

Kratoville, M. (1978). What parents need to hear, Dans L. Busaglia, éditeur, The disabled and their parents: A counselling challenge, Thorofare, New Jersey, Charles Slack.

MacKinnon, L. & Marlett, N.J. A social action perspective: The disabled and their families in context. Familly Therapy Collections, 1984, 11, 111-126.

Proudfit, C.L. (1984). The Ramsay family in Virginia Woolf's To The Lighthouse: A study of arrest at stage 3 of family development as delineated in Solomon's "A developmental conceptual premise for family therapy", Family Process, 23 septembre, 319-328.

Schwab, L.O. (1975). Rehabilitation of physically disabled women in a family-oriented program, Rehabilitation Literature, 36(2), 34-43.

Solomon, M.A. (1973). A developmental, conceptual premise for family therapy, Family Process, 12, 179-188.

NOTE

* Les cas présentés dans ce document sont vrais. Toutefois, les noms et certains détails ont été changés pour protéger l'anonymat des intéressés.

L'EXPÉRIENCE DU CHÔMAGE CHEZ LES HANDICAPÉS PHYSIQUES

William A. Borgen
Norman E. Amundson
Pamela M. Biela

Département de psychologie de consultation
Faculté d'éducation
Université de la Colombie-Britannique

Introduction

Dans une recherche antérieure (Borgen & Amundson, 1984), nous avons étudié l'expérience du chômage chez les hommes, les femmes, les jeunes et les immigrants. L'étude décrite dans le présent article traite du même sujet d'une façon plus détaillée et ne s'applique qu'à un groupe de handicapés physiques.

Avant d'étudier les problèmes auxquels font face les handicapés en matière d'emploi, il est important de mentionner que ces personnes ont des besoins semblables aux non-handicapés. Comme le souligne Acton (1981), les handicapés ont besoin d'un emploi pour des raisons financières, pour établir des relations sociales, pour se donner une raison de vivre et pour se doter d'une structure. Leurs besoins s'apparentent à ceux qu'ont décrit Maslow (1968), Toffler (1980) et d'autres.

Stone et Sawatzki (1980) ont identifié les facteurs entravant la recherche d'emploi d'une personne handicapée. D'après leur étude, ces obstacles peuvent se répartir de la façon suivante : (a) les désavantages initiaux par rapport à l'emploi, c'est-à-dire l'insuffisance de compétences monnayables et peu ou point d'expérience du travail; (b) les conceptions erronées de l'administration, telle la conviction que le nombre d'accidents et les taux d'absentéisme augmenteront, qu'il sera nécessaire d'apporter des modifications à l'ensemble de l'entreprise et que les relations de l'employé handicapé avec les clients ou avec les collègues seront mauvaises; (c) les difficultés reliées à l'entrevue, c'est-à-dire l'opinion préconçue de la personne qui dirige l'entrevue (des réactions initiales négatives peuvent influencer les impressions subséquentes). De toute évidence, ces obstacles contribuent au chômage. L'étude décrite dans cet article traite de l'expérience du chômage chez les handicapés et compare les résultats obtenus avec ceux de notre recherche antérieure.

Méthode

Trente-cinq handicapés physiques de l'agglomération de Vancouver ont été interrogés. Ce groupe comprenait 8 personnes ayant subi une lésion cérébrale, 11 paraplégiques, 6 hémiplégiques, 1 quadraplégique, 1 personne souffrant d'arthrite depuis la naissance et 8 sujets considérés comme aveugles suivant la loi qui avaient tous occupé un emploi pendant au moins 3 mois. Ces volontaires ont été rejoints par l'entremise de conseillers qui travaillent dans des organismes pour handicapés. Les données démographiques comme le handicap, l'âge, le sexe, l'état civil, l'emploi antérieur, la durée de la période de chômage, les revenus actuel et antérieur et le temps écoulé depuis l'accident ou la maladie ont été recueillies au moment de l'entrevue (voir le tableau 1).

Déroulement de l'entrevue

Chaque sujet a été interrogé pendant une période d'environ 60 minutes à l'aide des critères d'entrevue décrits dans The Experience of Unemployment (Borgen & Amundson, 1984). Cette méthode combine la phénoménologie et la technique de l'incidence critique. La phénoménologie, technique descriptive, permet de laisser le sujet parler en toute liberté, sans que lui soit imposée une liste de questions (Giorgi, 1978). Il est alors possible d'analyser la valeur de l'expérience pour le sujet. Lorsqu'on adopte la méthode de l'incidence critique, décrite pour la première fois par Flanagan (1954), on demande aux sujets d'énumérer les facteurs qui leur ont aidé ou leur ont nui pendant leur expérience. En combinant ces deux méthodes, nous avons pu nous renseigner sur les effets du chômage et sur les situations concrètes qui encourageaient ou décourageaient les chômeurs.

L'entrevue était non directive et permettait à la personne qui la menait de poser des questions ouvertes de faire des paraphrases, d'établir des liens ou de résumer ce qui avait été dit.

La personne chargée des entrevues demandait aux sujets de décrire de manière aussi explicite que possible leur expérience du chômage. Ils devaient mentionner comment ils s'étaient retrouvés sans travail et ce qu'ils avaient pensé et ressenti à la perte de leur emploi de même que pendant leur période de chômage. Ils devaient aussi parler de leur recherche d'emploi, du soutien moral dont ils avaient bénéficié, de leur emploi du temps quotidien et mentionner s'ils avaient réfléchi sur la

TABLEAU I

Données démographiques

GROUPE	N	SEXE	ÂGE (ANS)	ÉTAT CIVIL	REVENU PRÉCÉDENT ($)	REVENU ACTUEL ($)	TEMPS DEPUIS L'ACCIDENT	DURÉE DU CHÔMAGE	HANDICAP
A	9	6 hommes 3 femmes	33,8	6 célib. 2 divor. 1 mariée (1 enf.)	21 000	13 457	1½ an (1 lésion cérébrale il y a 4 ans)	14 mois	6-lésion cérébrale 2-paraplégie 1-hémiplégie (hémorragie cérébrale)
B	6	4 hommes 2 femmes	34,5	2 célib. 1 divor. 3 mariées (2 sans enf. 1 ayant 3 enfants)	10 412	7 548	10 années et 3 aveugles de naissance	14 mois	3-aveugles de naissance 1-hémiplégie 1-paraplégie 1-lésion cérébrale
C	11	9 hommes 2 femmes	33,6	7 célib. 2 divor. (1 ayant 2 enfants 1 mariée (3 enfants) 1 célib. (1 enfant)	11 070	6 549	11,6 ans	16,4 mois (1 de 11 ans 1 de 10 ans 2 de 5 ans (non inclus))	4-hémiplégie 3-paraplégie 1-quadraplégie 2-aveugles (maladie) 1-lésion cérébrale
D	9	9 hommes	30	7 célib. 2 mariés (1 ayant 2 enfants)	12 703	12 276	10 ans et 3 depuis la naissance	16,7 mois (1 de 7 ans 1 de 6 ans 1 de 9 ans (non inclus))	1-aveugle suivant la loi 2-aveugles de naissance 5-paraplégie 1-arthrite grave depuis la naissance

signification de leur vie pendant ce temps. À la fin de l'entrevue, ils devaient parler de ce qui leur causaient le plus "de hauts et de bas" et expliciter sur ce qu'ils croyaient utile aux handicapés sans emploi.

Cueillette et analyse des données

Les entrevues ont été transcrites et résumées. Le contenu des résumés a été transféré sur des feuilles d'évaluation, qui faisaient ressortir les suivants du chômage:

a) la variation des émotions

b) les moments où des émotions données apparaissaient

c) les événements ou les comportements associés à ces émotions

d) les stratégies d'adaptation

e) les stratégies de recherche d'emploi

f) les attentes face à l'avenir.

Après que les données ont été inscrites sur les feuilles d'évaluation, les expériences des 35 sujets ont été comparées entre elles afin de les diviser en catégories, ce qui a donné naissance à quatre modèles. On a tracé à partir de ces modèles quatre graphiques sur les réactions émotionnelles pendant toute la période de chômage. Les hauts et les bas de l'expérience émotionnelle y sont illustrés, mais on n'y donne pas de résultats quantitatifs sur leur valeur relative.

Résultats

Groupe A

À partir de notre analyse des données, nous avons conçu quatre modèles de réactions émotionnelles. Le groupe A (figure 1) était composé de six personnes ayant subi une lésion cérébrale, de deux paraplégiques et d'un hémiplégique se remettant d'une maladie ou d'un accident qui était survenu depuis moins de deux ans. Ils avaient consacré leurs efforts à l'acceptation de leur handicap plutôt qu'à la recherche d'un emploi. Par conséquent, on ne décèle dans leur comportement aucune réaction relative à la recherche d'un emploi.

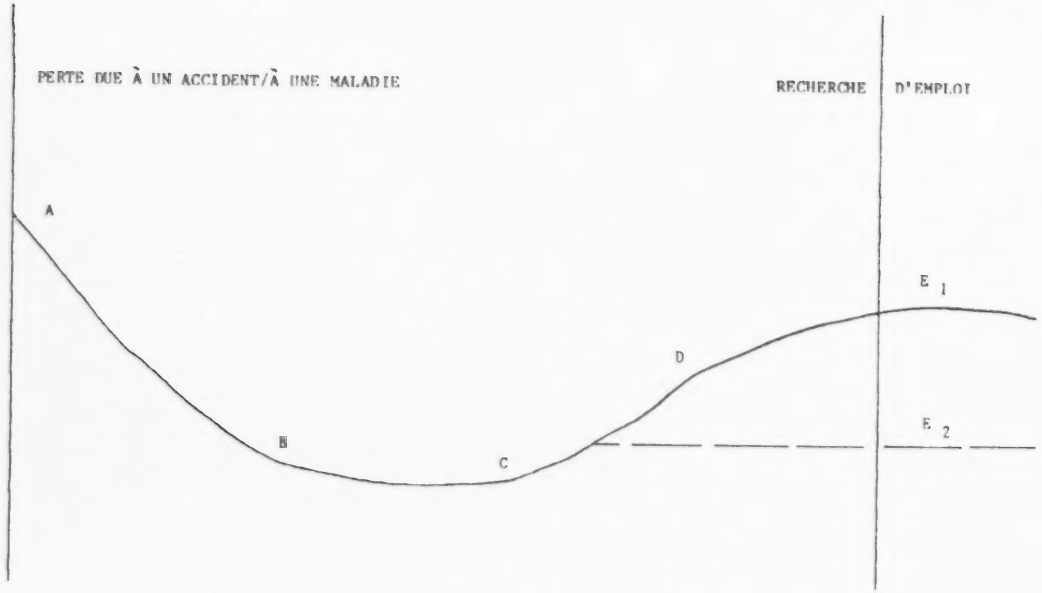
Deux thèmes principaux ont fait surface pendant l'entrevue. En premier lieu, ces individus avaient subi non seulement une perte physique, mais aussi la perte d'un emploi, ce qui contribuait à la perte de leur identité, de leur sécurité financière, de leur but dans la vie et de leur espoir en l'avenir. Deuxièmement, les sujets éprouvaient de la frustration à réapprendre des tâches qu'ils effectuaient avec facilité avant leur accident ou leur maladie. Pour toutes les personnes de ce groupe, l'adaptation à des pertes multiples et la frustration résultant de l'apprentissage de tâches qui étaient auparavant maîtrisées constituaient une bataille de longue haleine.

Les six personnes ayant subi une lésion cérébrale ressentaient la plus grande frustration. De plus, ils trouvaient difficile de penser à leur avenir et croyaient retourner au travail plus tôt qu'ils ne le pourraient en réalité. Comme ils se rendaient compte qu'ils ne pourraient probablement pas reprendre leur emploi antérieur, ils éprouvaient du désespoir et de la confusion. La plupart d'entre eux ont affirmé que s'ils n'avaient pas reçu d'encouragements ni obtenu de renseignements sur les différentes étapes à traverser pour arriver à réapprendre, leur activité aurait été réduite et leur récupération nulle.

Tous les sujets de ce groupe ont eu recours à des services d'orientation professionnelle et de consultation en réadaptation. Ces services ont apporté de l'espoir à tous, à l'exception du sujet hémiplégique. Ce dernier n'avait aucun soutien familial ni aucune idée quant à un emploi éventuel. Après sa sortie du centre de réadaptation, il passa ses journées entières dans son appartement et ne téléphona que rarement à son conseiller.

Groupe B

Le groupe B (figure 2) se composait d'un sujet ayant subi une lésion cérébrale, d'un paraplégique, d'un hémiplégique et de trois aveugles de naissance. Leurs réactions émotionnelles ressemblaient à celles du groupe A de l'étude The Experience of Unemployment (Borgen & Amundson, 1984). Ils tenaient à travailler et cherchaient activement un emploi. Tous croyaient avoir accepté leur handicap, quoique la perte de leur emploi se confondait avec les difficultés qu'ils éprouvaient tous les jours à cause de leur handicap. Ils se voyaient comme des survivants ayant franchi des obstacles quasi insurmontables. La plupart s'étaient rétablis sans avoir reçu tous les services de consultation auxquels les



A. Réaction initiale à l'accident/la maladie (choc, désespoir, confusion, peur)
B. Réflexion sur l'accident/la maladie (découragement, isolement, anxiété, frustration)
C. Acceptation de l'accident/la maladie (espoir, confiance)
D. Recyclage/soutien (renouveau, détermination)
$E._1$ Attentes par rapport à la recherche d'emploi (peur, espoir, attitude réaliste au sujet des possibilités d'emploi et du handicap, préparation)
$E._2$ Attentes par rapport à la recherche d'emploi (peur, hésitation, préparation inexistante)

FIGURE 1: GROUPE A

FIGURE 2: GROUPE B

A-1 Possibilité de perdre l'emploi (colère, inquiétude)
A-2 Possibilité d'être renvoyé d'un cours (espoir)
B. Réaction initiale à la perte d'un emploi (inquiétude, colère, peine)
C. Réflexion sur la perte d'emploi (anxiété, découragement)
D. Acceptation de la perte d'emploi et attentes relatives à la recherche d'emploi (espoir, détermination)
E. Réaction initiale à la recherche d'emploi (découragement, confusion, colère)
F. Intériorisation suite à la recherche d'emploi (sentiment de perte, désespoir, isolement, inutilité)
G. Soutien/recyclage/accès aux emplois (compréhension, espoir, confiance)
H. Maintien de la recherche d'emploi (d'une façon assidue)
I. Plateau (positif)
J. Réévaluation personnelle

handicapés d'aujourd'hui ont généralement droit. Leur détermination et leur excellent contrôle d'eux-mêmes leur ont fourni la motivation nécessaire pour chercher activement du travail. Contrairement aux sujets des trois autres groupes de cette étude, qui attendaient généralement de recevoir un appel de leur conseiller, ces sujets entraient régulièrement en contact avec leur conseiller. Ils savaient comment trouver les renseignements dont ils avaient besoin. Leur motivation personnelle jouait un rôle très important pendant les moments où les renvois étaient nombreux. En dépit des découragements et du désespoir, ils continuaient de chercher. Leur quête d'emploi a pu ralentir, mais jamais elle n'a cessé. Les renvois et les accueils inacceptables de la part des employeurs constituaient les deux principaux facteurs qui affligeaient ces sujets, alors que le soutien d'un groupe de recherche d'emplois, le recyclage, l'information sur l'accès aux carrières et des autoévaluations les encourageaient.

Groupe C

Le groupe C se composait de quatre hémiplégiques, de trois paraplégiques, d'un quadraplégique, de deux personnes devenues aveugles suite à une maladie et d'une personne ayant subi une lésion cérébrale. À l'instar du groupe B, les sujets de ce groupe tenaient à retourner au travail. Cependant, parce qu'ils avaient par le passé perdu des emplois et qu'ils avaient peu d'estime de soi, ils ne pouvaient trouver le courage de chercher de l'emploi régulièrement. La plupart avaient abandonné leur recherche et ne voyaient pas de fin à leur période de chômage. Ils refoulaient les frustrations causées par les renvois et se croyaient dans le tort. Il leur arrivait de blâmer l'employeur dans une phrase puis de déclarer que c'était leur faute s'ils n'étaient pas capables de conserver un emploi. Les employeurs qui les avaient renvoyés sans leur fournir d'explications avaient augmenté leur confusion. Ils sentaient que leur situation était hors de contrôle. Leur désir de trouver un emploi et leur conviction que leurs efforts ne seraient pas récompensés constituaient un réel dilemme.

Pour toutes ces personnes, des activités telles que le bénévolat, les cours ou le travail domestique les encourageaient pendant un certain temps, mais ne suffisaient pas à maintenir leur intérêt. Les sujets retiraient temporairement de ces activités un sentiment d'utilité et de fierté, mais continuaient par la suite à sentir qu'ils perdaient leur temps et ne contribuaient pas à la société.

FIGURE 3: GROUPE C

FIGURE 4: GROUPE D

A1: Possibilité de perdre l'emploi (inquiétude)
A2: Possibilité de perdre l'emploi (soulagement)
B1: Réaction initiale à la perte d'emploi (anxiété, appréhension)
B2: Réaction initiale à la perte d'emploi (liberté, optimisme)
C: Attentes relatives à la recherche d'emploi (esprit, optimisme, réalisme)
D. Événement significatif de la vie (cours, groupe de soutien, engagement, travail de fin de semaine)
E: Réaction aux événements significatifs (valeur, utilité)
F: Maintien de la recherche d'emploi (confiance, calme)

Comme la majorité de ces personnes s'étaient rétablies suite à des accidents ou à des maladies avant que des services de réadaptation psychologique et du comportement ne soient mis sur pied, elles n'avaient bénéficié d'aucune formation ni consultation. On les avaient laissées sans les outils qui permettent d'entrer sur le marché du travail et d'affronter la concurrence. La plupart hésitaient à entreprendre un recyclage à moins qu'un emploi leur soit garanti après celui-ci.

Groupe D

Cinq paraplégiques, un arthritique (souffrant d'une spondylite ankylosante), une personne devenue aveugle suite à un accident survenu pendant son enfance et deux aveugles de naissance composaient le groupe D (figure 4). Les sujets de ce groupe avaient accepté leur handicap et ne fondaient pas leur valeur personnelle sur en emploi. Ils n'avaient pas besoin d'un emploi pour affirmer leur personnalité, et trouver du travail n'était pas leur plus grande priorité. Tous avaient une activité grâce à laquelle ils conservaient un bon moral. Quelques-uns, qui se cherchaient du travail, ont avoué qu'ils se seraient découragés s'ils n'avaient pu s'adonner à cette activité. D'autres se sont dits heureux de la façon dont ils menaient leur vie et ont affirmé qu'ils avaient assez d'argent pour faire ce qui leur plaisait. Pour qu'ils investissent temps et efforts dans un travail rémunéré, celui-ci devrait ajouter au sens de leur vie.

Pour tous les groupes, les facteurs faisant passer d'un état émotionnel positif à un état négatif qui reviennent le plus souvent sont l'incompréhension des employeurs ou la façon inacceptable dont ceux-ci les ont traités et un mauvais état de santé. La pression familiale constituait aussi un important facteur négatif pour tous les groupes à l'exception du groupe B. Les sujets ont mentionné que les familles ne comprenaient pas leur handicap et les poussaient à se trouver du travail.

Une attitude positive, l'aide des conseillers et une formation ou un recyclage composaient les facteurs qui faisaient le plus passer des émotions négatives aux émotions positives. Ces résultats sont différents de ceux de l'étude The Experience of Unemployment (Borgen & Amundson, 1984), dans laquelle les sujets mentionnaient le soutien familial plus que tout autre facteur. Dans notre étude, les sujets des groupes A et C ont fréquemment mentionné le soutien de la famille, mais non les sujets des groupes B et D, qui étaient plus autonomes.

Les sujets de l'étude ont dû dire quels types particuliers de soutien ils avaient reçus. Le soutien familial venait au premier rang, un grand nombre de personnes déclarant que les amis comptaient autant que la famille. D'autres ont affirmé que le centre de réadaptation, des organisations et la famille apportaient tous une aide précieuse et ne pouvaient décider lequel de ces facteurs était le plus important.

Les réponses ont été nombreuses à la question "Comment planifiez-vous vos journées?" L'activité jugée la plus utile est l'exercice. Le fait de se lever à des heures précises et d'organiser des sorties dans le but de faire du bénévolat, de suivre des cours ou de participer à des clubs de placement ont souvent été cités. Le travail domestique aidait aussi. Les personnes qui éprouvaient de la difficulté à planifier leurs journées passaient de nombreuses heures à écouter la télévision et dormaient beaucoup. Seules neuf des trente-cinq personnes ne planifiaient jamais leurs journée et la plupart établissaient un certain plan.

Aux questions sur la signification de leur vie, les sujets répondaient positivement ou négativement. Les réponses positives variaient. Plus d'une personne ont répondu de la façon suivante: aider les autres, faire vivre ma famille, pratiquer ma religion, apprendre à me connaître et être un survivant. Treize personnes ont répondu négativement. Huit de ces personnes disaient se sentir inutiles et n'avoir aucun but dans la vie, alors que les autres ont dit ne pas savoir ce qui donnait un sens à leur vie.

Les facteurs susmentionnés qui ont influencé le changement des émotions, que ce soit positivement ou négativement, ont découlé directement de l'analyse des transcriptions. On a aussi demandé aux gens de citer le facteur qui les encourageait plus que tous les autres. Sept des trente-cinq sujets ont mentionné la famille, mais sept autres, qui ne pouvaient nommer qu'un facteur, ont mentionné que les organismes, les centres de réadaptation et les amis étaient tout aussi importants que la famille. D'autres ont affirmé qu'une attitude positive, des cours, les sports et la religion étaient importants.

Les sujets devaient aussi dire ce qui les déprimait le plus. Le pessimisme, le manque d'argent, la recherche d'un emploi étaient les facteurs les plus souvent mentionnés, et la paperasserie administrative de même que les problèmes personnels revenaient fréquemment.

Pour faire leur recherche d'emploi, la plupart des sujets ont eu recours à des conseillers travaillant dans des organismes pour handicapés ou dans des centres de

réadaptation plutôt que de se fier uniquement à leurs propres moyens. Ils n'ont pas demandé l'aide des conseillers des centres d'emploi gouvernementaux aussi fréquemment parce que, selon la majorité d'entre eux, les conseillers des organismes et des centres de réadaptation comprennent mieux leur invalidité.

Sur les trente-cinq personnes interrogées, vingt-six ont fourni des réponses positives quant à leur avenir. Parmi les facteurs positifs mentionnés, tels le travail, la mise sur pied d'une entreprise et l'assistance à d'autres personnes en difficulté, le recyclage fut le plus fréquent. La majorité des neufs personnes qui ont répondu négativement ont dit ne pas savoir ce qui les aidait et ont précisé qu'elles ne planifiaient qu'une journée à la fois. Un certain nombre de thèmes généraux sont ressortis des différents modèles. Premièrement, les individus qui présentaient des handicaps semblables ne réagissaient pas au chômage de la même façon. Un handicap donné ne permettait pas de prédire le groupe dans lequel l'individu serait classé. Chaque modèle comprenait des sujets atteints de handicaps divers et était basé sur des facteurs autres que le handicap.

Quatre principaux facteurs internes ont influencé la réaction des individus au chômage, soit leur volonté de travailler, leur sentiment d'être quelqu'un même s'ils n'avaient pas d'emploi, la croyance que les événements qui survenaient dans leur vie était ou n'étaient pas sous leur contrôle et à qui ils imputaient la faute quand ils ne pouvaient trouver d'emploi. S'ils attribuaient leur situation à des facteurs externes, leur estime de soi n'était lésée qu'en partie, alors que ce n'était pas le cas s'ils se sentaient responsables. La façon dont les sujets réagissaient aux renvois répétés dépendait aussi de ces quatre facteurs. Les gens qui considéraient le marché du travail et leur situation d'une manière réaliste étaient capables de continuer leur recherche d'emploi.

Conséquences

Quoique les réactions au chômage varient, il semble exister des modèles communs. Les conseillers devraient connaître ces modèles, sans toutefois perdre de vue la personne qu'ils rencontrent. Il peut être utile de reconnaître les changements d'émotions pour ne pas intervenir d'une manière inappropriée. Par exemple, on peut très bien nuire à un handicapé que l'on pousse à se chercher du travail lorsqu'il se sent apathique, perdu et inutile. Peut-être est-il alors plus approprié de prendre le temps d'écouter la personne handicapée parler

de ce qu'elle ressent. Les sujets de cette étude ont dit que les groupes de soutien, l'autoévaluation et les possibilités de recyclage ont aidés à passer à travers ces périodes et que les conseillers les ont alors joué un rôle très important.

Les conseillers doivent posséder des aptitudes leur permettant d'être attentifs à ce que vivent leurs clients et aux besoins de ceux-ci. Sans ces aptitudes, les conseillers ne pourront établir la confiance nécessaire pour accomplir des progrès avec cette personne. La plupart des personnes questionnées n'avaient auparavant jamais parler de ce qu'ils ressentaient. La plupart appellent régulièrement leur conseiller pour s'enquérir des possibilités d'emploi, mais ne parlent jamais de leur sentiments. Les conseillers devraient se souvenir que les conversations téléphoniques peuvent aussi constituer des séances de consultation. S'ils ne sont pas attentifs, ils peuvent ne pas percevoir les besoins des personnes qui, à prime abord, semblent bien s'en sortir. De simples questions sur l'aide à laquelle font appel les gens et la façon dont ceux-ci planifient leurs journées peuvent révéler à quel point ils se sont adaptés à la situation.

Les sujets interrogés ont présenté des suggestions sur ce qui pourrait aider la personne handicapée sans emploi. Ils ont suggéré que le conseiller possède une connaissance pratique des handicaps, plutôt qu'une simple connaissance théorique. Ils devraient savoir ce que leurs clients peuvent ou ne peuvent faire au travail et transmettre ces informations à l'employeur. Les entrevues des gens qui sont en réadaptation devraient être très structurées et se composer des étapes spécifiques que les handicapés devraient suivre pour retrouver un sentiment de "normalité". Ces étapes devraient comprendre des renseignements sur la paperasserie administrative et des conseils sur les finances. Suite à leur accident, les handicapés se retrouvent souvent avec de grosses sommes sans savoir comment investir ne se fixer un budget. Une attention particulière doit être apportée aux personnes qui ont peu ou point de revenus.

Si le recyclage est conseillé, il devrait conduire à un emploi. À cause des changements technologiques, de plus en plus de gens sentiront la nécessité de retourner aux études. Ceux qui se sont réadaptés plusieurs années auparavant sont toutefois très prudents face au recyclage. Le système de recyclage les rend sceptiques, et ils désirent recevoir une formation pratique. Bon nombre ont aussi déclaré que les postes à plein temps

étaient beaucoup trop exigeants et qu'ils aimeraient voir augmenter les possibilités d'emplois partagés.

Il devrait exister plus de groupes d'aide pour discuter de stratégies de recherche d'emploi ou d'habiletés pour faire face à la vie. Les groupes apportent du soutien, une signification et une structure à la vie, qui sont d'importants atouts pour faire face au chômage. Les groupes peuvent aussi aider les gens à réévaluer leur vie. Les handicapés, obligés de réévaluer leur vie après un accident ou une maladie, doivent aussi prendre constamment d'importantes décisions en raison de leur longue période de chômage. Le fait de partager leurs expériences et de parler de ce qui a ou n'a pas fonctionné pour eux peut leur donner un sentiment d'appartenance ou de valeur personnelle. La consultation auprès de personnes semblables, qu'elle soit individuelle ou en groupe, peut être bénéfique durant le rétablissement et la période de chômage.

Les personnes interrogées ont presque toutes dit qu'elles aimeraient que leur employeur soit plus franc pendant l'entrevue et pendant le travail. Beaucoup se sont plaintes de ne jamais avoir su pourquoi on les avait laissé aller et se sont souvent demandées, après l'entrevue, pourquoi elles n'avaient pas obtenu l'emploi. Les sujets qui présentaient une image de soi négative supposaient que la faute leur revenait. On a suggéré que les employeurs qui engagent des handicapés soient mis au courant de l'importance de communiquer directement avec l'employé. On devrait signaler le nom des employeurs qui renvoient leurs employés handicapés dès que ces derniers ne peuvent plus bénéficier de la part du salaire fournie par le gouvernement. À titre d'intermédiaire entre l'employeur et le client, le conseiller devrait évaluer les besoins des deux parties.

Les questions d'argent constituent des facteurs importants pour les handicapés. La plupart des emplois réservés aux personnes handicapées ne sont pas lucratifs et sont monotones. Il est peut stimulant d'occuper un emploi qui rapporte tout juste un peu plus que le salaire minimum. Certains des sujets ont suggéré que les emplois devraient rapporter au moins huit à dix dollars l'heure, et d'autres que les handicapés bénéficient de certaines déductions d'impôt. Il fut aussi suggéré que le gouvernement révise la pension qu'il verse pour que le travail soit autorisé sans qu'ils y ait de déductions. Il peut être nécessaire que les conseillers participent davantage à l'établissement des politiques gouvernementales pour influencer les décisions du gouvernement.

En conclusion, il peut être souhaitable d'apprendre à reconnaître les modèles de réactions émotionnelles pour

arriver à comprendre comment les handicapés se sentent par rapport au chômage et pour planifier des stratégies d'intervention. Comme il est mentionné précédemment, c'est le groupe A qui a reçu le plus d'assistance. En dépit des renvois que les sujets de ce groupe ont dû essuyer, la plupart sont restés optimistes et déterminés à commencer leur recherche d'emploi. Malheureusement, une fois la personne handicapée sortie du centre de réadaptation, la consultation est devenu sporadique, et il revenait au client de communiquer avec son conseiller. Les personnes qui font preuve de beaucoup de détermination et qui estiment avoir une grande valeur vont probablement entrer en communication avec leur conseiller tandis que les autres peuvent se décourager et ne pas le faire, ce qui peut se traduire par un isolement graduel. Cette conséquence pourrait indiquer la nécessité d'établir des communications systématiques avec les personnes handicapées.

BIBLIOGRAPHIE

Acton N. Employment of disabled persons: Where are we going? International Labour Review, (1981) 120, 1-14.

Borgen W.A. & Amundson N.E. The experience of unemployment. Toronto: Nelson, (1984).

Flanagan J. The critical incident technique. Psychological Bulletin, (1984) 51, 327, 356.

Giorgi A. An application of phenominological methods in psychology. Dans A. Giorgi, C. Fischer, & E. Murray (Rédacteurs) Duguesne studies in phenominological psychology (Vol. 2). Pittsburgh: Duguesne University Press, (1975).

Stone C.I. & Sawatzki B. Hiring bias and the disabled interviewee: Effects of manipulating work history and disability of the disabled job applicant. Journal of Vocational Behavior, (1980) 16, 96-104.

Toffler A. The Third Wave. New York: Bantam Books, (1980).

ÉLABORATION D'UN APPRENTISSAGE DE LA DYNAMIQUE DE LA VIE À L'INTENTION DE CLIENTS PARTICULIERS: LES DÉLINQUANTS INCARCÉRÉS COMME CAS D'ESPÈCE

T.J. Segger et D.B. Plecas
Fraser Valley College
Abbotsford (Colombie-Britannique)

APPRENTISSAGE DE LA DYNAMIQUE DE LA VIE POUR CLIENTS PARTICULIERS

Dans sa préface de "Formule de planification du programme de dynamique de la vie" de 1982, Dana Mullen faisait les observations suivantes:

> "L'élaboration d'un programme de formation ressemble beaucoup à l'acquisition proprement dite de la dynamique de la vie...
> Lors de sa période de démarrage à Saskatchewan Newstart, le cours de dynamique de la vie a été utilisé de façon expérimentale à plusieurs reprises, de façon cyclique: essais d'une leçon; réflexions sur les conséquences; meilleure compréhension des problèmes; leçon modifiée à la suite des mises au point.
> Une fois qu'on a déployé de gros efforts pour lancer un apprentissage de ce genre, il ne s'arrête pas simplement parce que cette phase de sa vie prend fin. D'une certaine façon, chaque fois qu'une leçon de dynamique de la vie a été donnée ces dix dernières années, elle avait été essayée auparavant. La réflexion a apporté une meilleure compréhension des besoins en dynamique de la vie.
> Lors du processus cyclique, la meilleure compréhension est source d'actions renouvelées. De nouveaux cours de dynamique de la vie ont été mis au point parce qu'on percevait différemment certaines choses. Mais comment ce nouvel outil pourra-t-il s'insérer harmonieusement dans l'ensemble de la structure de la dynamique de la vie?"

Notre expérience de l'élaboration et de la mise en application d'un cours de dynamique de la vie pour les détenus des prisons fédérales de Colombie-Britannique a débuté en 1982 et montre continuellement que les observations de D. Mullen sur les ajustements permanents

du cours de dynamique de la vie sont judicieuses. En faisant connaître nos "acquisitions récentes" dans ce domaine, nous essayons d'améliorer l'ensemble des tentatives de dynamique de la vie et notamment de faire progresser ceux qui cherchent à répondre aux besoins de clientèles particulières.

Cibler des clientèles particulières (par opposition à la clientèle générale ou "traditionnelle" de la dynamique de la vie, celle des adultes économiquement faibles) comme groupes bien définis pour les cours de dynamique de la vie n'est pas nouveau. D. Mullen, par exemple, a souligné en 1982 que la concentration actuelle sur les aptitudes générales transmissibles doit beaucoup à Warren et al (1972) qui se sont efforcés de dresser une liste des aptitudes spécialement nécessaires aux adolescents en tant que clientèle particulière. Les autres "clientèles particulières" dont on s'est occupé pour leur donner des notions de dynamique de la vie sont les adolescents du Nord (Gryba & Mullen, 1974), les détenus des établissements correctionnels (Mardell, 1972; Williams, 1973; Smith et al, 1984), les personnes atteintes de maladies mentales (Reidiger, 1973) et les autochtones (Ministère de l'Éducation de Colombie-Britannique, 1984). On peut définir la dynamique de la vie pour le présent article comme l'acquisition de comportements permettant de résoudre les problèmes avec opportunité et responsabilité pour régler ses affaires personnelles (Himsl, 1973).

La clientèle particulière des délinquants

Notre expérience de l'enseignement de la dynamique de la vie à une clientèle particulière nous a amenés à la conclusion suivante: si la distinction entre clientèle "traditionnelle" et clientèle "particulière" est utile pour faire la différence entre les diverses applications de l'enseignement de la dynamique de la vie, cela peut être aussi trompeur dans certains cas puisqu'elle insiste sur les besoins de chaque groupe uniquement et ne concerne pas les autres caractéristiques propres à chaque client qui influent sur le processus d'enseignement et d'acquisition des aptitudes. Il faut également garder à l'esprit le fait que l'enseignement de la dynamique de la vie pour certaines clientèles particulières entraîne, de facto, des restrictions pour le lieu de la formation, le cadre matériel et social du cours lorsqu'on envisage d'offrir ce programme de dynamique de la vie à des "clientèles particulières".

La clientèle consistait en l'occurrence en détenus de sexe masculin purgeant des peines de deux ans ou plus

(pour vol ou voies de fait essentiellement) dans des établissements pénitentiaires fédéraux. La catégorie médiane de durée de peine était de 2-6 ans; le groupe d'âge médian de 20-29 ans. Étant donné que le cours était donné dans des établissements à sécurité maximale, moyenne ou minimale, la proximité de la libération variait énormément selon les stagiaires. La durée de sentence allait en fait de deux ans à la prison à vie (25 ans minimum); l'âge de 18 à plus de 60 ans; la proximité de la libération de ceux qui connaissaient déjà une sorte de régime de libération conditionnelle (comme des permissions pour la journée) à ceux qui devaient encore purger une peine de dix ans ou plus avant d'y avoir droit.

Lorsque nous avons lancé le programme de dynamique de la vie pour la clientèle particulière des détenus, nous avons commencé de la même manière que Warren et al (1972) en cherchant à identifier et à analyser les besoins propres à ce groupe (Scott & Wiseman, 1982). Puis, après consultation de la documentation pertinente sur la dynamique de la vie, nous avons fixé des objectifs qui ont par la suite permis de décider du contenu du cours et de la méthode à suivre pour répondre aux besoins reconnus. Après avoir préparé tout cela avec le plus grand soin, nous avons proposé le programme mis au point à des détenus et, à notre grande déception, nous avons été freinés presqu'immédiatement par une kyrielle de problèmes: le taux de participation des délinquants était variable et généralement faible; l'attitude de chacun était changeante; il y avait une absence de réceptivité évidente de la part du personnel de l'établissement; les instructeurs avouaient avec regret avoir le sentiment d'être isolés, de ne plus avoir assez confiance ou d'avoir carrément perdu confiance; ils trouvaient que la cohésion du groupe était souvent menacée par les autres activités de l'établissement (visites, cantine, blanchisserie, auditions pour les libérations conditionnelles, conseils de discipline, etc.) qui empêchaient les participants d'être là; certains instructeurs ont dit avoir dû se battre avec certains membres du groupe pour le prendre en mains; la plupart des instructeurs ont indiqué un manque de motivation apparent des détenus pour participer activement ou non, certains ayant même eu à faire face à des détenus qui les défiaient ouvertement, qui refusaient de participer en compromettant le cours ou qui tentaient de porter atteinte à l'identité du groupe. Bref, notre programme échouait.

Présumant que ces problèmes provenaient d'une situation générale sous-jacente, nous avons commencé à

repenser et à réévaluer la conception, l'élaboration et l'application de notre programme. Bien que convaincus que notre évaluation des besoins et notre élaboration ultérieure du cours avaient été faites avec une certaine rigueur méthodologique, nous devions affronter une réalité extérieure qui faisait que les chances de réussite de notre cours de dynamique de la vie conçu avec soin pour le milieu correctionnel étaient de toute évidence compromises.

Activités d'apprentissage progressives et activités d'apprentissage correctives

Nous avons eu une première idée du problème général en revenant sur certaines des hypothèses qui sous-tendent les objectifs du cours de dynamique de la vie d'une part et du système correctionnel d'autre part. Si, à première vue, il semble que ces cadres d'activités ont beaucoup en commun pour ce qui est des résultats souhaités pour une même clientèle particulière, on y regardant de plus près, on constate que la nature de l'activité principale dans chaque cas est fondamentalement différente. Le cours de dynamique de la vie est normalement une activité progressive (qui confère certaines aptitudes à des personnes qui en manquent); or, le terme "correctionnel" implique une activité qualitativement différente. Si un programme correctionnel comporte quelques activités de tendance progressive (de nombreux délinquants viennent des couches "défavorisées" de la société), pour l'essentiel, il s'agit d'une activité corrective (visant le changement). Selon un instructeur de dynamique de la vie, cette activité consisterait entre autres à réorienter quelques aptitudes existantes et à supprimer ou remplacer certaines conduites qui empêchent l'intéressé d'être (perçu comme) une personne équilibrée et autonome. Ces conduites risquent notamment de comprendre l'aptitude à se présenter.

Lorsqu'il est apparu que la nature profonde de l'activité variait avec le mandat lié à chaque "cadre d'activité", nous avons commencé à étudier de façon plus approfondie les caractéristiques d'une clientèle particulière qui ne sont pas directement liées aux besoins d'accroître les aptitudes, mais dont il faut tenir compte lorsqu'on conçoit le programme de dynamique de la vie à l'intention de ladite clientèle.

Tout d'abord, cette clientèle était de toute évidence et avant tout un auditoire interné dans un système correctionnel. Bien que la participation sociale puisse se mesurer à l'aide d'une variable continue, nous pouvons, pour les besoins de la dynamique de la vie,

diviser en gros la population adulte de la société en trois groupes principaux: (1) les citoyens responsables et agissants qui ont une participation sociale moyenne à élevée; (2) ceux qui participent un minimum ou pas du tout à notre vie de société et qui offrent peu ou rien; et (3) ceux qui non seulement ne participent pas, mais portent atteinte à la persistasnce de la société. Le premier groupe n'a pas besoin de cours de dynamique de la vie; le deuxième comprend la clientèle "traditionnelle" (les adultes défavorisés) (Himsl, 1973); le troisième constitue la clientèle "particulière" en question. Il ne faut pas négliger le fait que les détenus sont un groupe homogène de déviants (et non simplement des personnes à qui il manque des aptitudes). Dans les prisons fédérales du Canada, ces délinquants en tant que groupe coinstituent le "pire exemple" pour les programmes de redressement tant progressifs que correctifs.[1]

La culture carcérale

En tant que clientèle particulière, un groupe homogène de délinquants manifeste encore davantage le manque de motivation envers des activités d'acquisition comme le cours de dynamique de la vie, noté pour la clientèle "traditionnelle" par Himsl (1973), Warren (1973) et Williams (1973) lorsqu'ils décrivaient l'importance de la motivation de détenus du Service correctionnel dans un cadre thérapeutique. Le besoin incroyable de motivation parmi les délinquants incarcérés est nettement plus pressant que pour la clientèle traditionnelle et est considéré comme un élément essentiel pour réussir à les faire progresser (Ingstrup, 1984). Ces clients particuliers ont connu les problèmes personnels et sociaux propres à de nombreux défavorisés (Himsl, 1973), et les ont connu (ou se les sont attirés) avec une telle acuité et en si grande quantité qu'ils sont devenus plus que de simples défavorisés, des non-participants sociaux sans motivation. Ils sont devenus en fait des réprouvés, "des exilés de la vie" (Goffman, 1961) et, du moins tant qu'ils sont incarcérés, en sont venus à asseoir leur respect d'eux-mêmes et leur identité sur une contre-culture.

---

[1] Les pénitenciers fédéraux du Canada ont la responsabilité des délinquants purgeant des peines de deux ans et plus alors que les prisons provinciales reçoivent ceux qui sont condamnés à une peine d'emprisonnement de moins de deux ans.

Ce dernier point est très important. L'instructeur incapable d'identifier, de comprendre et d'adopter (c'est-à-dire d'utiliser et non d'ignorer, de rejeter ou de dénigrer) le "code des détenus" ou la dynamique de la culture carcérale, aura d'immenses difficultés (si toutefois cela était possible) à créer un rapport instructeur/apprenti et apprenti/apprenti, un groupe cohérent et un cadre sûr propice à la confidence. Il ou elle peut avoir à se battre avec un ou plusieurs apprentis pour pouvoir diriger le groupe.

Il faut tenir compte de l'existence et de l'omniprésence du code des détenus lorsqu'on met au point (surtout pour le choix du personnel) un programme de dynamique de la vie pour le système correctionnel. Pris avec le cadre "général de l'établissement" (selon Goffman, 1961) qui l'engendre et le maintient, cette contre-culture carcérale reste vingt-quatre heures sur vingt-quatre le guide pour la conduite, le statut social et la survie dans l'établissement - et pour les détenus, il ne saurait y avoir de répit. Il faut donc un instructeur très rusé et particulier qui puisse intégrer le code des détenus aux ingédients de sa leçon et créer avec lui, au bout d'un certain temps, une atmosphère de confiance parmi tous les participants (apprentis et instructeur) dans laquelle on encourage les participants à se révéler de façon constructive, sans compromettre son "code" ou le respect des apprentis à titre personnel ou en tant que groupe. Goffman (1961) cite entre autres thèmes dominants de la contre-culture carcérale: "...une préoccupation particulière de soi, d'une certaine intensité":

> "La situation d'infériorité des détenus par rapport à leur place extérieure ... crée un cadre d'échec personnel dans lequel on ne cesse de leur rappeler leur disgrâce. Par réaction, le détenu a tendance à se forger une histoire, un couplet ... qu'il répète en permanence à ses compagnons pour justifier sa déchéance actuelle. De ce fait, le moi du détenu peut devenir encore davantage le centre d'intérêt de sa conversation et de ses préoccupations qu'à l'extérieur, ce qui fait qu'il s'apitoie beaucoup sur lui-même." (Goffman, 1961, p. 67)

Cette fabrication de la réalité joue contre la révélation honnête nécessaire au progrès du groupe, surtout lorsque la culture carcérale comporte des normes concernant "le dévoilement de sa couverture" et des

sanctions pour le "dévoilement de la couverture des autres". Là encore, il faut que l'instructeur soit très habile pour pouvoir faire progresser le groupe en respectant la "limite sensible" qui sépare les sujets dont on peut discuter de ceux qui sont interdits et en aidant le groupe, au bout d'un certain temps, à redéfinir, déplacer ou supprimer cette "limite sensible".

Pour contrebalancer cette tendance de la clientèle carcérale à avoir une motivation et une participation faibles, l'instructeur de dynamique de la vie doit pouvoir présenter les leçons et les exigences du cours comme "des activités de déplacement, ... des objectifs suffisamment captivants et stimulants pour sortir le participant de lui-même". (Goffman, 1961, p. 68-69).[2] Le rôle de l'instructeur pour créer dans une prison une atmosphère qui tienne compte immédiatement de la culture carcérale est crucial. Cela demande une personne très habile, très douée, et ayant peut-être reçu une formation plus poussée que celui qui enseigne la dynamique dans un cadre plus "traditionnel".

Emprisonnement et formation

Le fait que cette clientèle particulière soit enfermée dans un établissement a d'autres conséquences pour le cours de dynamique de la vie que l'on ne rencontre pas lorsque l'enseignement est donné dans un cadre plus traditionnel. Les détenus doivent recevoir leur enseignement à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire. De ce fait, le personnel enseignant va donc offrir le cours dans un lieu particulier où il n'a pas de pouvoir, peu d'autorité et qu'il connaît souvent peu ou pas du tout. Les détenus ne se retrouvent pas uniquement pour les leçons de dynamique de la vie; ils vivent et sont emprisonnés ensemble vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Les conséquences du dévoilement existent en dehors de la classe. Les détenus ne sont pas des participants qui viennent où a lieu le cours; ils restent dans l'établissement qui continue à exercer son

---

[2] Goffman précise que les "activités de déplacement" d'un détenu sont plutôt "de son choix, peu sérieuses ... propres à lui faire oublier un moment sa situation actuelle". Nous ne voulons pas dire par là que la dynamique de la vie, en tant qu'activité de déplacement, n'est pas sérieuse ou qu'elle nie la réalité actuelle du détenu.

pouvoir normal sur tous les aspects de leur vie. De ce fait, les autres activités qui se déroulent dans l'établissement et qui sont organisées avec l'autorisation des responsables risquent d'empêcher les détenus d'assister à certaines séances de dynamique. La situation est nettement différente de celle où l'instructeur donne son cours à l'université ou dans un centre où il ou elle a des pouvoirs et de l'autorité, dans un cadre qu'il ou elle connaît; l'instructeur peut également compter bien davantage sur une assiduité et une participation normales de la part d'une clientèle qui fait preuve, pour le moins, d'une motivation suffisante pour s'inscrire et se rendre sur les lieux du cours.

L'absence de pouvoirs peut, par ailleurs, être considérée comme un avantage que possède l'instructeur "de l'extérieur" en l'occurrence. En réalité, s'il avait les pouvoirs normaux du personnel de l'établissement, ces tentatives de formation seraient en fait inutiles. Les détenus, en vertu du code carcéral, n'auront jamais envie de coopérer ou d'avoir des relations avec ceux qu'ils nomment dans leur code "matons" ou "gardes-chiourmes". L'instructeur, en tant que personne "de l'extérieur", peut créer un climat "extérieur" où les détenus se sentent petit à petit suffisamment en confiance pour laisser de côté leur code de références carcéral et a ainsi de grandes chances de réussir.

Il ne faut pas oublier que le résultat souhaité du cours de dynamique de la vie comprend une autonomie équilibrée de la part de l'apprenti (Curtiss et Warren, 1973), les aptitudes voulues pour les relations interpersonnelles et la capacité de résoudre les problèmes. Une fois obtenu, chacun de ces objectifs sera appliqué dans tous les aspects de la vie de l'apprenti. Le rôle de l'instructeur consiste en partie à donner des conseils sur l'application pratique de la dynamique en dehors de la salle de classe. Sur le campus ou dans un centre, il a de nombreuses possibilités d'observer, de mettre en pratique et d'encourager ces aptitudes et leur application chez l'apprenti, en dehors du cours. L'instructeur a de nombreux contacts avec ses élèves qui peuvent lui demander conseil, prendre rendez-vous avec lui et se permettre d'attendre qu'il soit libre. Il peut donner des conseils pour l'extension des aptitudes ou leurs transferts à d'autres aspects de la vie sociale normale qu'il connaît bien.

Par contre, dans un établissement pénitentiaire, l'instructeur n'a souvent des contacts avec le groupe que dans le cadre de la classe; il a moins de chances d'observer ses élèves et d'encourager la mise en pratique de ces aptitudes dans d'autres cadres et risque fort de

ne pas connaître suffisamment la vie en prison pour pouvoir fournir des conseils valables sur l'application de ces aptitudes dans d'autres aspects de la vie carcérale. Cependant, malgré l'importance donnée à l'acquisition des aptitudes générales "traans-situationnelles" de façon progressive (allant du simple au composé, puis au complexe) qui dédommagent un peu de cette situation, il ne faut pas oublier que c'est l'établissement seul qui constitue "lieu de vie" du détenu. L'acquisition des aptitudes doit être enseignée, mise en pratique et encouragée à l'intérieur des murs de la prison qui "arrache le détenu à sa famille, à son quartier, à ses responsabilités scolaires et professionnelles et l'isole dans une société anormale qui est soumise à un système de valeurs criminel [et où] les possibilités de mettre en pratique ses capacités de décider de façon constructive sont limitées" (Williams, 1973, p. 11). Ainsi, celui qui enseigne la dynamique de la vie aux détenus a une tâche assez difficile: en plus de tenter de donner au détenu des aptitudes pour réussir sa libération, il doit changer sa conception de la vie en prison. Il est bon de noter que si les responsables du service correctionnel envisagent le cours de dynamique de la vie comme un bon moyen de combattre la récidive en donnant aux délinquants suffisamment d'aptitudes pour faire face après leur sortie, l'instructeur avisé ne se laissera pas leurrer par la simplicité et la "valeur nominale" de cette pensée.

Vers une solution

Dans une telle situation, il faudrait intégrer le cours de dynamique de la vie aux autres programmes de l'établissement, aux méthodes d'évaluation des détenus et au personnel en place. Puisque c'est le personnel de l'établissement (comprenant les employés chargés de la gestion des cas, les surveillants des activités de travail, les gardiens et les conseillers que sont les aumôniers et les psychologues) qui est en définitive responsable du progrès des détenus et qui peut les observer, les évaluer et encourager les conduites positives dues aux programmes permanents de développement correctifs et progressifs, il est donc très important que ces personnes puissent jouer le rôle de catalyseurs pour l'acquisition des aptitudes de dynamique de la vie, sans assumer ouvertement le rôle d'instructeur. En d'autres termes, l'instructeur, profitant du côté non répressif de son rôle, doit présenter la dynamique de la vie dans l'établissement comme une entreprise d'assistance distincte qui lui donne des compétences dans

l'établissement, sans l'associer à la clientèle carcérale ou au personnel de la prison.

Pour ce qui est de mettre au point un cours de dynamique de la vie, il est très important, lors de la phase précédent la mise en application, non seulement d'évaluer les besoins de la clientèle, mais aussi de s'intéresser aux besoins, aux politiques, aux procédures et aux habitudes de l'établissement. Il faut prévoir l'orientation du personnel et la participation du personnel de l'établissement pour les opérations d'évaluation des apprentis et du cours. C'est le personnel de la prison qui doit encourager les détenus qui suivent le cours et qui montrent, en dehors de la classe dans tous les aspects de la vie carcérale, qu'ils ont acquis des aptitudes. Il est essentiel que le personnel de la prison puisse évaluer les progrès des détenus et les récompenser. Il doit pouvoir fournir la motivation, des modèles d'aptitudes et des encouragements dans l'exercice normal de ses fonctions, ce que ne peut faire l'instructeur en dehors de la situation d'apprentissage direct en classe. Chose plus importante encore, l'instructeur doit avoir la possibilité, la volonté et l'autorisation d'encourager cette participation du personnel de l'établissement.

Il peut aussi être souhaitable d'atténuer le contenu et la méthode de dynamique de la vie en fonction des variables de l'exécution de la sentence des délinquants comme l'imminence de la libération et le niveau de sécurité de l'établissement correctionnel. Lorsque les détenus approchent de la libération et sont placés dans des établissements à sécurité minimale, qu'ils ont davantage accès aux ressources communautaires tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la prison, ils ont généralement tendance à être plus motivés, à participer plus activement et à se désengager progressivement de la culture carcérale. On a aussi plus de possibilités d'élargir le rôle de l'instructeur puisque les détenus risquent de pouvoir plus facilement le consulter et de demander un cours davantage orienté sur la pratique et sur une réalité sociale que l'instructeur connaît nettement mieux. Ainsi dans un cadre de sécurité minimale ou dans un centre de réadaptation, le cours de dynamique de la vie risque davantage de ressembler à celui que proposait Williams (1973) pour les détenus en milieu thérapeutique.

À la lumière de la discussion qui précède, il semble évident que l'élaboration d'un cours de dynamique de la vie pour des clientèles particulières (pour les détenus notamment) exige davantage que la simple considération des besoins en dynamique de la vie propres à la clientèle

en question. Il faut aussi tenir compte des caractéristiques auxiliaires qui différencient cette clientèle des autres clientèles particulières ou des centres traditionnels dont les apprentis ont en commun le fait d'être "défavorisés" ou de manquer de ressources pour réagir face aux difficultés.

Il n'y a sans doute pas de recette générale à suivre lorsqu'on tente d'enseigner la dynamique de la vie à une clientèle particulière, mais notre expérience de cours en milieu correctionnel nous a conduits à reformuler les remarques de Conger (1973) sur l'histoire de la dynamique de la vie comme solution à recommander lorsqu'on voudra répondre aux besoins des clientèles particulières:

> "Ainsi, l'invention sociale du cours de dynamique de la vie a fait que des inventions auxiliaires sont devenues réalité - l'invention du cours, l'instructeur, le cours de l'instructeur, la création ou l'adaptation d'organisations, de programmes et de structures pour donner le cours." (Conger, 1973)

Résumé

1) Le cours de dynamique de la vie à l'intention de clientèles particulières doit tenir compte de facteurs qui sont des caractéristiques communes du groupe auquel il s'adresse, à savoir le lieu de la formation et le cadre matériel et social de l'apprentissage.

2) L'apprentissage de la dynamique de la vie est une activité progressive; les programmes des prisons sont de nature correctionnelle.

3) Les délinquants des prisons fédérales en tant que clientèle particulière constituent un défi pour le cours de dynamique de la vie. Ils sont plus que de simples non-participants sociaux défavorisés et sans motivation, ce sont des déviants (à opposer aux non- participants sociaux) et il faut tenir compte de leur incarcération et de leur participation à une sous-culture lorsqu'on élabore et qu'on donne le cours de dynamique de la vie à cette clientèle.

4) Il faut s'accommoder des contraintes que suppose le fait de donner un tel cours dans un cadre pénitentiaire. Ce sont entre autres les exigences de fonctionnement et de sécurité de

l'établissement qui affectent la routine carcérale et l'aspect matériel de la réunion de formation, qui compromettent les pouvoirs de l'instructeur et limitent ses possibilités de donner des conseils ou d'encourager la mise en pratique des aptitudes en dehors de la salle de classe, tout en restant à l'intérieur des murs de la prison.

5) Si les cours de dynamique de la vie veulent surmonter ces obstacles, il faut commencer par intégrer le cours de dynamique de la vie pour détenus aux autres programmes de l'établissement et l'instructeur doit être une personne "de l'extérieur", sans lien avec le service correctionnel.

BIBLIOGRAPHIE

Ministère de l'Éducation de Colombie-Britannique. "Native Literacy and Life Skills Curriculum Guidelines", Victoria (C.-B.), Canada, Gouvernement de Colombie-Britannique, 1984.

Conger, D.S. "Life Skills Training: A Social Invention", p. 1-5 de "Readings in Life Skills", Prince Albert (Saskatchewan), Canada, Ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration, Bureau de la recherche et des études sur la formation, 1973.

Curtiss, P.R. et P.W. Warren. "The Dynamics of Life Skills Coaching", Prince Albert (Saskatchewan), Canada, Ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration, Bureau de la recherche et des études sur la formation, 1973.

Goffman, E. "Asylums", Garden City, New York, Anchor/ Doubleday, 1961.

Gryba, E.S. et V.W. Mullen. "Life Skills for Northern Adolescents", Prince Albert (Saskatchewan), Canada, Ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration, Bureau de la recherche et des études sur la formation, 1974.

Himsl, R. "Life Skills: A Course in Applied Problem Solving", p. 13-25 de "Readings in Life Skills", Prince Albert (Saskatchewan), Canada, Ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration, Bureau de la recherche et des études sur la formation, 1973.

Ingstrup, O. (Groupe de travail Mission et développement organisationnel du SCC). Rapport au sujet de l'énoncé des valeurs du SCC, Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada, 1984.

Mardell, E.A. "Life Skills for Corrections (1st edition)", Prince Albert (Saskatchewan), Canada, Ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration, Bureau de la recherche et des études sur la formation, 1972.

Mullen, D. "Formule de planification du programme de dynamique de la vie", Ottawa (Ontario), Emploi et Immigration Canada, Direction de l'analyse et du développement - Professions et carrières, 1982.

Riediger, A. "Evaluation of Life Skills Training", Prince Albert (Saskatchewan), Canada, Ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration, Bureau de la recherche et des études sur la formation, 1973.

Scott, G. et B. Wiseman. "Social and Life Skills Training for Federal Inmates in the Pacific Region: A Survey of Needs and Resources", Abbotsford (Colombie- Britannique), Canada, Fraser Valley College (Rapport non publié), 1984.

Smith, P., G. Bonczak, J.O. Doyle, J. Jones, A. Lodzinski, D. McCumber et R. Pelletier. "Life Skills Program in the Correctional Services of Canada", Peterborough (Ontario), Sir Sandford Fleming College (Rapport non publié), 1984.

Warren, P.W. "Behavioural Skill and Role Training Approach to Life Skills", p. 120-151 de "Readings in Life Skills", Prince Albert (Saskatchewan), Canada, Ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration, Bureau de la recherche et des études sur la formation, 1973.

Warren, P.W., E.S. Gryba et R. Kyba. "The Problems and Needed Skills for Adolescents" Prince Albert (Saskatchewan), Canada, Ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration, Bureau de la recherche et des études sur la formation, 1972.

Williams, J.B. "Life Skills Course for Corrections (2nd edition)", Prince Albert (Saskatchewan), Canada, Ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration, Bureau de la recherche et des études sur la formation, 1973.

UN MODÈLE D'ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION: L'EXEMPLE DU PROJET DE CRÉATION D'EMPLOIS DE ST JOHN'S

Michael J. Holosko, Ph.D.
École de travail social
Université de Windsor

Introduction

Dans le domaine des services sociaux, l'introduction du concept de la responsabilité a eu de profondes répercussions sur la sensibilisation des organismes de réadaptation et des responsables de programmes de réadaptation à la nécessité de s'auto-évaluer. La plupart des auteurs dans ce domain s'accordent à dire que l'évaluation des systèmes d'administration des services constitue le principal moyen d'établir la responsabilité des programmes de réadaptation (Gross, 1976; Baker et McPhee, 1979; Matkin, 1981, 1982; Bayer et Brown, 1982; Parmenter, 1983; Brown, Bayer et MacFarlane, 1984). Que ces évaluations soient exigées par la loi; ordonnées ou demandées par un organisme ou un programme, elles sont d'importance cruciale, car elles permettent de déterminer si ces progammes produisent ou non les résultats escomptés. On peut même avancer, sans exagération, que l'avenir des programmes de réadaptation aux États-Unis et au Canada dépendra de la capacité de ces programmes d'élaborer des méthodes d'évaluation pratiques et significatives pouvant être adaptées aux besoins des clients et des colectivités auxquels ils s'adressent.

L'étude de la documentation relative à l'évaluation des programmes de réadaptation, effectuée en vue de la rédaction du présent rapport, a révélé l'existence de quatre tendances distinctes. Premièrement, une bonne part de la documentation est de nature générale et, chose étonnante, elle demeure très vague en ce qui concerne les besoins précis des clients, du personnel et des administrateurs des programmes de réadaptation en matière d'évaluation. Deuxièmement, la plus grande partie de la documentation est axée sur les résultats des évaluations, plutôt que sur la méthode employée. Troisièmement, bon nombre d'ouvrages sont de nature fragmentaire, ce qui démontre bien la grande diversité caractéristique d'organismes et de programmes de services sociaux qui semblent exister dans le domaine de la réadaptation. Enfin, peu de rapports publiés présentent des méthodes simples et pratiques qui pourraient servir de cadre à l'évaluation des programmes de réadaptation.

Le présent document a pour but d'énoncer certaines questions et préoccupations précises relatives à l'évaluation des programmes de réadaptation et de présenter un modèle relativement efficace. Après la présentation du modèle, nous décrirons la façon dont le modèle fut appliqué au PROJET DE CRÉATION D'EMPLOIS, à St John's (Terre-Neuve), financé par la Commission de l'emploi et de l'immigration du Canada. Le modèle d'évaluation fut ensuite adapté et les responsables d'autres PROJETS DE CRÉATION D'EMPLOIS partout au Canada envisagent actuellement de l'adopter. Les principales sections de ce rapport sont les suivantes: a) Conditions préalables à l'évaluation des programmes de réadaptation; b) Modèle d'évaluation des programmes de réadaptation; et c) Le cas de l'évaluation d'un PROJET DE CRÉATION D'EMPLOIS à St John's (Terre-Neuve). Les auteurs du présent document soutiennent qu'il est aussi important d'apprendre à évaluer efficacement les programmes de réadaptation que de faire rapport sur les résultats de ces évaluations.

Conditions préalables à l'évaluation des programmes de réadaptation

Certaines conditions doivent être respectées avant que soit entreprise l'évaluation d'un programme de réadaptation. Elles sont considérées comme des éléments essentiels au succès des évaluations, et chacune doit être systématiquement établie et présente dans une certaine mesure. En effet, si l'une d'elles n'est pas établie ou présente, tout projet ultérieur d'évluation purrait être gravement compromis. Voici les conditions:

1) un engagement sincère de la part de l'organisme ou du programme à effectuer et à appuyer l'évaluation,
2) la capacité de répondre aux questions du quand, comment et pourquoi de l'évluation du programme,
3) l'établissement de buts et d'objectifs mesurables pour le programme ou pour les éléments du programme qui font l'objet de l'évaluation,
4) l'accessibilité des renseignements nécessaires à l'évaluation.

Bien que ces conditions puissent sembler évidentes pour certains, elles doivent être précisées, car de nombreux organismes ou programmes continuent d'effectuer des évaluations sans en tenir compte, et leurs efforts finissent immanquablement par échouer.

Notre rapport traite brièvement de chacune de ces conditions et, s'il y lieu, nous ferons ressortir le rôle du personnel des organismes et des programmes et celui des évaluateurs de programmes, de même que les liens qui existent entre eux.

Engagement de l'organisme ou des responsables du programme

Tout organisme ou programme de réadaptation qui entreprend une évaluation avant d'avoir obtenu l'appui des administrateurs, des gestionnaires ou des principaux décisionnaires de leur organisme ou programme respectif fait preuve de négligence grave. Il importe peu que l'initiative ait été proposée par une personne du milieu extérieur (p.ex. la collectivité, les organismes de financement, le conseil d'administration, etc.) ou intérieur (p.ex. cadres hiérarchiques, superviseurs, administrateurs). Dans les deux cas, il est crucial que les administrateurs manifestent leur engagement sincère à l'élaboration et au déroulement de l'évaluation et à la publication des résultats.

Le soutien des administrateurs est essentiel, car il permet d'obtenir l'appui des autres paliers de l'organisme ou du programme. C'est donc lui qu'il faut obtenir en premier lieu. Conformément à la "théorie des dominos", les autres niveaux de soutien (p.ex. les cadres hiérarchiques) suivent rapidement l'exemple des administrateurs, même si leur intérêt à l'égard de l'évaluation se fonde sur des raisons très différentes de celles des administrateurs. Par conséquent, pour obtenir l'appui nécessaire à l'exécution d'une évaluation de programme, il faut que s'établisse une relation solide d'apprentissage et de collaboration entre les administrateurs des programmes de réadaptation et les évaluateurs de programme (qu'ils soient employés ou contractuels). Par exemple, les administrateurs peuvent apprendre à participer aux évaluations de manière plus efficace, et les évaluateurs peuvent apprendre à adapter leurs méthodes aux besoins de l'organisme ou du programme faisant l'objet de l'évaluation.

Le pourquoi, quand et comment de l'évaluation doit être établi avant sa mise en train

Ces trois questions peuvent sembler bien anodines, mais le fait de ne pas y répondre de manière satisfaisante avant la tenue de l'évaluation pourrait donner lieu à une véritable panoplie de problèmes. Il est préférable d'y répondre dans l'ordre mentionné, c'est-à-dire

expliquer le pourquoi avant de préciser quand et comment. Il est moins grave d'interchanger les deux dernières (quand et comment) puisqu'on y répond généralement en même temps, la réponse à l'une d'elles ayant des répercussions sur l'autre, et vice versa. Cependant, il faut absolument expliquer le pourquoi en premier lieu.

Les organismes de réadaptation ou les responsables de tels programmes ne doivent pas s'inquiéter outre mesure si leur réponse à la question "Pourquoi une évaluation?" semble aussi banale et aussi évidente que certaines des réponses habituelles. Par exemple: 1) elle a été ordonnée (par un organisme de financement ou autre), 2) elle a été recommandée (par les membres du conseil, par un nouvel administrateur, etc.), 3) l'organisme ou le programme pourrait être en difficulté et aimerait en découvrir la cause, 4) d'autres organismes ou programmes ont effectué des évaluations, ce qui nous a incités à faire de même, 5) il serait prudent, sur le plan politique, de procéder à une évaluation à l'heure actuelle (pour justifier l'existence du programme, etc.), ou 6) il s'agissait d'une bonne idée sur le moment. Quelle que soit la raison, l'une de celles qui précèdent ou une autre, ce sur quoi nous voulons insister, c'est que l'organisme ou le programme doit accepter, dès le début de l'évaluation, de répondre ouvertement et honnêtement au pourquoi, ce qui aura des répercussions directes sur le quand et le comment.

La question de savoir à quel moment l'évaluation doit être effectuée est importante, ce dont les responsables des programmes de réadaptation doivent être conscients. Règle générale, le plus tôt sera le mieux, de sorte que les organismes ou les programmes puissent déjà commencer à inclure dans leurs cadres de planification et d'exploitation des mesures qui leur permettront de procéder à des évaluations ultérieures. Par exemple, concevoir des traitements en vue de la collecte de données, déterminer des données de référence qui pourront servir à établir des comparaisons, consigner des renseignements qui pourront être mis à jour ou complétés plus tard, mettre en forme les dossiers et les formulaires de manière à en faciliter la consultation et entreprendre de familiariser l'organisme ou les responsables du programme avec le processus d'évaluation et la façon dont il est relié au traitement. Il est bien clair que le moment où l'évaluation a lieu en détermine à la fois la nature et les résultats.

Il est toutefois ironique que la situation la moins souhaitable, mais la plus fréquente, est celle où l'on procède à une évaluation post hoc après que le programme existe depuis un certain temps. Dans l'exécution de

telles évaluations, on doit résoudre divers problèmes comme la difficulté à connaître les antécédents du programme, l'adaptation au roulement de personnel et la difficulté à repérer des données manquantes, égarées ou oubliées, ce qui se produit inévitablement avec le temps. On peut éviter ces difficultés en commençant le processus d'évaluation dès le début du programme.

Enfin, il vaut mieux que la méthode d'évaluation soit établie par ceux qui l'entreprennent. Le choix de la méthode exige en effet certaines connaissances que ne possèdent pas toujours ceux et celles qui participent indirectement à l'évaluation (p. ex. utiisation des ressources, méthode de recherche, coûts, etc.), et il est préférable de confier ces questions aux spécialistes (p. ex. aux évaluateurs de programmes). Par conséquent, les administrateurs des programmes de réadaptation doivent s'en remettre à l'évaluateur (ou à l'équipe d'évaluation) et lui offrir sa collaboration, de sorte que l'évaluation ne prenne pas plus d'importance que les opérations reliées au programme, ce qui risquerait ensuite d'avoir des répercussions sur la prestation des services.

Les buts et objectifs doivent être précisés

Les évaluateurs de programmes ont un préjugé justifiable au sujet des buts et objectifs, étant donné qu'ils ne peuvent évaluer les programmes sans les connaître. Dans le cadre d'une évaluation, les buts et objectifs servent de critères d'efficience et d'efficacité, qui constituent l'élément vital de toute évaluation. En fait, on distingue la recherche d'évaluation de la recherche fondamentale ou appliquée en sciences sociales, en ce qu'elle évalue toujours l'efficience ou l'efficacité d'un programme.

Pour u'on puisse procéder à l'évaluation des programmes de réadaptation, les conditions suivantes doivent être satisfaites:

1) les buts et objectifs doivent être précisés,

2) les parties doivent s'entendre sur les buts et objectifs,

3) les buts et objectifs doivent être mesurables.

Ce processus (l'établissement des buts et objectifs) est de nature à la fois déductive et réductioniste. En termes plus simples, on part de buts généraux pour arriver à des buts et objectifs précis, processus au cours duquel on répartit le programme en plusieurs

éléments, chacun ayant des buts et objectifs différents (ou semblables).

Le point de départ logique de ce processus est l'organisme de financement, car la plupart d'entre eux précisent certains critères dans leur mandat, leur proposition, leurs lignes directrices ou leurs exigences. En général, ces critères constituent les buts du premier niveau qui guident le programme ou les éléments du programme. Bien que certains puissent rester surpris (compte tenu de la responsabilité qui incombe de nos jours aux organismes de services sociaux), il serait négligent de notre part de ne pas révéler que, dans certains cas, les organismes de financement se soucient peu de demander aux organismes de services sociaux de leur faire rapport des services qu'ils rendent, alors que d'autres distribuent des fonds au hasard et avec parcimonie, en fonction de critères vagues et informels. Dans les organismes ou les programmes bénéficiaires comme ceux-ci, il peut arriver, en établissant les buts et objectifs du programme, que les évaluateurs aident l'organisme de financement, par inadvertance, à préciser sa relation avec l'organisme ou le programme en question.

En ce qui concerne l'accord général ou le consensus sur les buts et objectifs, le mot-clé est consensus. Bien entendu, dans certains cas, les clients, le personnel ou les membres du conseil, et les évaulateurs peuvent avoir une idée différente des buts et objectifs qui guident leur programme. Ce processus contribue donc à éclaircir pour toutes les parties les buts et objectifs du programme. Il peut être très utile, sur le plan des relations humaines, de demander à divers membres de organismes de services sociaux de définir leurs buts et objectifs, ce qui pourrait amener ceux et celles qui participent directement ou indirectement à l'évaluation à communiquer de manière à s'entendre sur les buts et objectifs. C'est grâce aux échanges ouverts et continus entre les évaluateurs et le personnel des organismes que s'établira l'accord général à ce sujet.

Enfin, il vaut mieux confier aussi aux évaluateurs le soin de préciser les buts et objectifs en termes mesurables, ce qui suppose la traduction de concepts en buts mesurables et atteignables. Habituellement, ceux-ci sont:

1) limités dans le temps (c.-à-d. qu'ils ont été atteints ou qu'ils le seront dans un délai précis),

2) quantifiables (normalement exprimés en unités de service et en résultats.)

La documentation parue dans la dernière décennie dans le domaine de l'évaluation de programmes porte surtout sur l'amélioration des méthodes de mesure des buts et objectifs de gestion sur une petite échelle (Hersen et Barlow, 1976; Bloom et Fischer, 1982; Hudson, 1982) et sur une grande échelle (Tripodi, 1983; Isaac et Michael, 1977; Austin and Associates, 1985).

Accessibilité de l'information

Les organismes de services sociaux (OSS) qui regroupent tous les organismes et programmes de réadaptation ont de curieuses habitudes quant à la collecte de données sur les services sociaux, et ce pour diverses raisons. Tout d'abord, la plupart des OSS sont à court d'information significative et accessible aux fins de l'évaluation des programmes. Ils affirment pourtant qu'ils en sont saturés. Ensuite, la plupart des OSS disposent de renseignements excessifs sur leurs clients, mais insuffisants sur leur personnel ou leur collectivité. De plus, la plupart des OSS recueillent des données pour les mauvaises raisons. Par exemple, soit:

1) parce qu'ils y sont obligés (il s'agit d'une exigence),

2) parce qu'ils en recueillent depuis toujours,

3) pour en arriver à une gestion interne améliorée.

La dernière raison est la seule qui puisse servir de justification dans le cadre de la recherche sur l'évaluation de programmes.

Pour qu'on puisse évaluer un programme, l'information (que les évaluateurs appellent les données) doit être accessible. Les évaluateurs consciencieux déterminent habituellement la pertinence des données avant de commencer l'évaluation, compte tenu de leur importance critique dans ce processus. Il est essentiel de commencer l'évaluation dès le début de l'élaboration du programme, de manière à s'assurer que l'information pourra, à un moment donné, être mise sous forme accessible. Le dernier point à faire ressortir au sujet de l'accessibilité de l'information est le suivant: la plupart des évaluations permettront inévitablement à

l'organisme ou au programme d'organiser ou de systématiser ses données en vue des évaluations ultérieures, de la planification de programmes ou de la prestation des services. Par exemple, la mise en forme ou le contrôle des dossiers ou des cas, l'établissement des sources de données et l'élaboration de modalités pour la collecte ultérieure de données représentent tous des éléments d'une évaluation générale et doivent être considérés comme des répercussions positives de l'évaluation.

Un modèle d'évaluation des programmes de réadaptation

Le modèle que nous proposons pour l'évaluation des programmes de réadaptation a été élaboré, modifié et mis à l'essai dans divers OSS (Holosko et Feit, 1981). Il a donné des résultats positifs dans l'évaluation du PROJET DE CRÉATION D'EMPLOIS, à St John's (Terre-Neuve), qui seront décrits dans la prochaine section du présent chapitre. Le modèle est destiné à servir de cadre global, mais pratique, pour la réalisation d'évaluations utiles des programmes de réadaptation. Il s'apuie sur un certain nombre d'hypothèses qui exigent des précisions.

Hypothèses du modèle

Le modèle se fonde sur les quatre éléments hypothétiques suivants:

a) responsabilité

b) autonomie

c) méthode

(d) perspective communautaire

Les évaluations de programmes et ceux qui les dirigent doivent davantage rendre compte aux programmes respectifs qu'ils évaluent, ce qui implique qu'il doit s'établir une collaboration franche et honnête et que l'exploitation du programme doit être perturbée le moins possible. Les évluations de programmes exigent donc une certaine responsabilité envers les clients, le personnel, les administrateurs, le conseil et la collectivité pour pouvoir produire des résultats significatifs. Bien que ce ne soit pas le moment de raconter des anecdotes à ce sujet, je suis persuadé que tous ceux et celles qui ont été témoins d'une évaluation dans le domaine de la

réadaptation se souviennent d'avoir vu des évaluateurs (internes ou externes) retourner l'organisme 'sens dessus' pendant leur travail. Le modèle que nous proposons suggère le contraire, en ce sens que la responsabilité de l'évaluateur envers le programme constitue le principal élément qui permette d'éviter toute situation fâcheuse de ce genre pendant l'évaluation.

La probabilité de réussite de l'évaluation s'accroît également en fonction du degré d'autonomie accordé à l'évaluateur. À cet égard, les évaluateurs ont besoin d'autorisations, de soutien administratif, de l'autorisation de rendre d'importantes décisions et d'une bonne marge de manoeuvre pour mener leur évaluation. Cette autonomie doit être encouragée et accordée à toutes les étapes du processus: planification, réalisation, diffusion des résultats. Pour faciliter cette tâche, il importe de bien familiariser l'organisme ou le programme avec le processus d'évaluation et de se fier à l'intégrité et aux compétences de l'évaluateur. Tout comme le degré d'autonomie approprié peut faciliter le processus, l'insuffisance d'autonomie accordée à l'évaluateur peut y faire obstacle. Il est à espérer que plus les responsables des programmes de réadaptation s'auto-évalueront, plus ils comprendront le lien entre les résultats de l'évaluation et le degré d'autonomie accordé à l'évaluateur.

Le troisième élément hypothétique, la méthode, nous rappelle que la façon dont l'évaluation se déroule est tout aussi importante que son contenu. La documentation qui existe à ce sujet est de plus en plus encourageante depuis dix ans, car les auteurs ont davantage concentré leur attention sur l'élaboration de méthodes pour l'évaluation des programmes de réadaptation des secteurs public et privé (Wolfensberger, 1976; Wolfensberger et Glenn, 1975; Moos, 1974, 1975; Frank, 1979; Evaluation Research Society, 1980). Quelle que soit la méthode employée, elle doit être valable au plan de la recherche et pragmatique au plan des opérations. Ce modèle décourage l'adoption de méthodes complexes qui ne sont pas reliées au programme ou à l'organisme qu'elles visent à évaluer.

Le dernier élément hypothétique du modèle consiste à maintenir une perspective communautaire au cours de l'évaluation. Il est déjà arrivé que les évaluateurs se laissent emballer par le processus d'évaluation au point de confondre la méthode et le but. À cet égard, le fait de conserver une perspective communautaire rappelle le but de l'évaluation et force l'évaluateur à concentrer son attention à la bonne place. De plus, il arrive que

certains programmes ou organismes de réadaptation perdent de vue le principal objectif de toute réadaptation, qui consiste à aider les clients à s'adapter à leur milieu, à l'extérieur de l'organisme ou du programme. Tout programme de réadaptation qui ne tient pas compte de la collectivité fait preuve d'une certaine négligence, et il est important de s'assurer que les programmes mettent l'accent sur cette perspective dans la prestation des services et de la réalisation d'évaluations. Le modèle accorde une grande priorité à l'établissement et à l'évaluation du contexte communautaire, ainsi qu'à la façon dont ce contexte est relié au programme.

Le modèle

Le modèle comporte trois éléments:

a) Une chronologie administrative,

b) Une évaluation de l'efficacité du programme,
   i) à partir des données de référence sur les clients,
   ii) à partir des données sur l'efficacité du programme,

c) Une évaluation de la collectivité.

On considère que chacun de ces éléments s'exclut mutuellement. Par conséquent, les organismes ou les programmes de réadaptation effectueront au moins une des évaluations susmentionnées. Il est toutefois recommandé d'adopter tous les éléments, étant donné qu'ensemble ils favorisent l'évaluation la plus complète possible. Chaque élément du modèle prévoit la collecte de données à partir de différentes sources et propose des méthodes quelque peu différentes. La plus grande partie des données recueillies à l'aide de ce modèle sont de nature descriptive. Le modèle est présenté comme une méthode pratique et relativement efficace pour l'auto-évaluation des programmes de réadaptation au moyen de leurs ressources internes, ou pour guider les évaluateurs de l'extérieur qui entreprennent l'évaluation du programme. Les sections suivantes décrivent chaque élément du modèle.

Chronologie administrative

Il importe de documenter systématiquement l'évaluation du programme, depuis le début jusqu'au moment de l'évaluation et même après. Il est arrivé très

souvent que l'historique ou l'évolution de programmes soigneusement planifiés et administrés n'a pas été documentée. Nombre d'entre eux semblent évoluer à leur propre rythme, qui peut changer considérablement avec le temps. Par exemple, les clients ou leurs problèmes peuvent changer avec le temps, les fonctions du programme peuvent changer, le personnel peut se renouveler, les buts et objectifs du programme peuvent être modifiés, les modalités de traitement peuvent changer, etc., et ce sont toutes ds raisons valables pour lesquelles il importe de bien documenter l'évolution du programme. En établissant une chronologie administrative, on peut donc étudier de façon plus précise les tendances et les situations qui ont marqué l'évolution du programme, décrire les événements au fur et à mesure qu'ils se produisent et tenter d'expliquer pourquoi certaines situations se sont passées d'une certaine façon, au lieu d'essayer de sa rappeler les événements après des années.

La chronologie administrative sert à deux fins:

1) elle sert à consigner les situations qui ont marqué l'évolution du programme, ce qui est essentiel à la gestion interne et à la prise de décisions,

2) elle accroît la possibilité que d'autres programmes (semblables ou différents) réalisent qu'ils partagent les mêmes préoccupations et qu'ils apprennent les uns des autres. Par exemple, les programmes semblables qui viennent d'être lancés pourraient prédire leur avenir, avec un certain degré d'assurance, et ces renseignements pourraient s'avérer très utiles aux planificateurs, aux administrateurs, aux décisionnaires-clés et au personnel de première ligne.

En réalité, l'établissement de la chronologie administrative est semblable aux anciennes méthodes employées pour consigner les faits historiques, car il s'agit de noter systématiquement les différentes étapes du programme en suivant une présentation logique. La méthode est descriptive et qualitative, et n'est pas censée être compliquée ni pénible à suivre. La présentation à choisir à cette fin doit être:

1) axée sur les questions administratives,

2) simple,

3) chronologique,

4) fondée sur les situations importantes de l'évolution du programme.

La figure 1 illustre un modèle de présentation d'une chronologie administrative établie sur une base mensuelle.

FIGURE 1

Modèle de présentation d'une chronologie administrative

Mois-	Principales décisions prises au sujet			
Principales situations	des politiques/ procédures	des services offerts	du personnel/ budget	Observations
1.				
2.				
3.				
4.				

Comme on le voit à la figure 1, les diverses situations seraient énumérées dans la première colonne, et les renseignements qui s'y rapportent seraient précisés sur la même ligne, sous chaque rubrique. En l'espace d'un an, nous aurions donc 12 tableaux comme celui-ci, à partir desquels les données pourraient être facilement rassemblées, catégorisées ou analysées à des fins diverses.

Nous recommandons que cette tâche soit confiée à une seule personne au sein du programme, par exemple un superviseur, un administrateur, un gestionnaire, un membre du conseil, etc. Celle-ci doit:

1) remplir des fonctions administratives dans le cadre du programme,

2) se trouver dans une position où elle portera peu de jugements et demeurera objective,

3) pouvoir rédiger clairement,

4) participer aux activités quotidiennes du programme.

Il est à noter:

1) qu'ils s'agit d'un rapport succinct, et non détaillé, pour lequel les manuels de politiques et de procédures, les comptes rendus de réunions, les rapports de subvention, etc. sont considérés comme des documents de référence ou à l'appui,

2) qu'il s'agit d'une chronologie administrative et qu'il faut donc faire ressortir les principales situations administratives qui ont marqué l'évolution du programme à cet égard.

Un dossier de ce genre constitue un précieux outil la gestion interne, de même que pour toute évaluation de programme ultérieure.

Évaluation de l'efficacité du programme

Toute évaluation doit permettre de déterminer si le programme produit ou non des résultats. Il faut donc établir, d'une façon quelconque, l'efficacité ou l'efficience du programme. Pour distinguer ces deux notions, précisons que l'efficacité se mesure en fonction de résultats concrets découlant de la participation des clients, du personnel ou de la collectivité. Par exemple: progrès réalisés par les clients, avantages ou conséquences, perception des clients, roulement des clients, unités de services rendus au cours d'une certaine période, rendement du personnel, utilisation des ressources, répercussions ou réactions de la collectivité à l'égard du programme, attitudes ou opinions des clients, du personnel, de la collectivité, etc. L'efficience ne fait que rattacher un élément quelconque aux résultats produits, par exemple une ressource telle que le temps ou l'argent. Par conséquent, les critères d'efficacité doivent être établis les premiers, suivis des critères d'efficience.

Le processus consistant à déterminer l'efficience du programme est plus complexe qu'on ne le croit. Il est très subjectif et caractéristique du programme lui-même ou des critères choisis et n'est généralement pas le même pour tous les organismes ou progammes. Il est donc recommandé de confier cette tâche aux chercheurs en méthodes d'évaluation qui, grâce à leurs conaissances et à leurs compétences, sont davantage en mesure de déterminer l'efficience du programme. Ce modèle vise cependant à déterminer l'efficacité du programme, ce qui en soi peut représenter un travail plus difficile qu'on ne le croirait. Il est fondé sur deux éléments d'évaluation, soit les données de références sur les clients et les données réelles relatives à l'administration du programme ou à la prestation des services.

1) Données de référence sur les clients

Tous les programmes doivent recueillir des données au sujet de leurs clients, ce qu'ils font habituellement en partie au moment de l'inscription et à la fin des traitements. Toutefois, il arrive aussi que des données soient rassemblées à divers moments et pour diverses raisons, par exemple: avant, pendant et après la participation au programme; pour satisfaire aux exigences opérationnelles; pour des buts précis comme la recherche, les rapports annuels, les demandes de subventions, la planification de programmes, les relations publiques, etc.; après la fin des traitements aux fins du suivi, etc. Ce que nous voulons faire ressortir, c'est que les programmes recueillent des données sur leurs clients avant, pendant et après leur réadaptation, et qu'ils doivent apprendre à en recueillir aux moments propices à la planification et à la gestion interne, de même qu'à l'évaluation.

Nombre d'organismes et de membres du personnel se plaignent qu'ils sont frustrés par la collecte de données, par la rédaction de rapports et par la prise en note de renseignements sur les clients, etc. Bon nombre d'entre eux affirment aussi ne pas comprendre pourquoi on leur confie cette tâche supplémentaire, surtout qu'ils ne voient aucune utilité aux données qu'ils ont rassemblées par le passé. Or, les raisons qui justifient la collecte de données au sujet des clients et le lien entre cette activité et la planification de programmes, la prestation de services et l'évaluation de programmes pourraient faire l'objet d'un autre rapport et même d'un manuel. Nous nous bornerons donc, pour le moment, à préciser que les programmes de réadaptation ont besoin d'aide et font

actuellement des démarches pour arriver à simplifier davantage la collecte de données importantes sur leurs clients, c'est-à-dire des données facilement réunissables, accessibles et pouvant servir à des fins diverses. Pour le modèle que nous proposons, il est recommandé de recueillir des données de référence sur les clients:

1) à l'admission ou à l'inscription,

2) à la fin des traitements ou chaque année, selon la première éventualité,

3) au moment du suivi, ou à un autre moment donné après la fin des traitements.

La collecte de données de référence implique deux choses. D'abord, que les mêmes types de données seront réunies et serviront à des fins de comparaison (c.-à-d. que les clients constituent leur propre groupe de contrôle ou de comparaison). Ensuite, que la collecte de données de référence a pour but de nous aider à déterminer si le programme a contribué à la réadaptation des clients qui y ont participé, lorsqu'on les compare à eux-mêmes ou à d'autres cas semblables.

Les données de référence sur les clients (DRC) se répartissent en trois types, chacun d'eux étant directement fonction du précédent. Les voici:

(i) données socio-démographiques ou antécédents,

(ii) données relatives au programme,

(iii) données relatives aux buts du programme.

(i) Données socio-démographiues ou antécédents

Le premier type de DRC comprend les données normales consignées à l'admission, soit celles qui se rapportent aux antécédents ou au profil du client. On les appelle aussi données d'admission, données d'inscription, antécédents, données de profil ou données de base. La plupart des organismes consignent ces données au sujet de leurs clients, ces dernières prenant la forme des variables suivantes: nom, âge, race, sexe, état civil, religion, situation socio-économique, logement, état de santé, mode de transport, situation familiale, médecin traitant, problème à traiter, etc. Cette liste se poursuit en fonction du type d'organisme et de ses politiques administratives, procédures et modalités de

fonctionnement. Les DRC de ce genre servent à deux fins importantes:

1) elles répondent à la question - qui sont les clients que nous servons?

2) elles servent de base à d'autres données d'évaluation, p. ex. les hommes obtiennent-ils du programme de meilleurs résultats que les femmes?

(ii) Données relatives au programme

Ces DRC sont considérées comme des données descriptives supplémentaires se rapportant directement au programme et aux services offerts aux clients. Ces données s'appuient sur les renseignements socio-démographiques en ce sens qu'elles sont directement reliées aux buts et objectifs du programme. Dans certains cas, ces informations sont ordonnées, c'est-à-dire que l'organisme de financement les exige. Dans d'autres cas, les programmes ou organismes les rassemblent afin de mieux connaître leurs clients et leurs problèmes respectifs. Par conséquent, en examinant ces données, les responsables des programmes peuvent en savoir davantage sur la nature de leurs clients et de leurs services et sur le lien qui existe entre eux. Par exemple, les programmes de désintoxication pour alcooliques prévoient parfois l'évaluation ou la mesure de variables telles que l'attitude à l'égard de la boisson, les périodes et les habitudes de consommation, les antécédents relatifs à la consommation d'alcool, les troubles en période d'intoxication et les conséquences de la consommation, l'aliénation, la dépression, etc. Les programmes de réadaptation professionnelle comprennent parfois l'évaluation des aspects suivants: compétences professionnelles, aptitude au travail, attitudes à l'égard du travail et des loisirs, antécédents professionnels, besoins et aptitudes professionnelles, motivation par rapport à l'emploi, etc. Si les responsables d'un programme parviennent à recueillir, systématiquement et pour une période assez longue, tous ces types de données, ils auront accumulé une bonne quantité d'informations descriptives pertinentes qui pourront servir à diverses fins.

(iii) Données relatives aux buts du programme

Le dernier type de DRC à recueillir se rapporte aux buts généraux du programme. Chaque programme de

réadaptation doit avoir au moins 3 ou 4 buts qu'il vise à atteindre au moyen de ses objectifs, ceux-ci se traduisant par des services concrets. Ces buts sont habituellement plus vastes que tous les objectifs du programme ou que tous les services qu'il offre, en se sens qu'ils en constituent le fondement ou le cadre de réalisation. Il est donc critique d'évaluer périodiquement ces buts et ce pour les deux raisons suivantes: d'abord, pour déterminer si le programme produit les résulatats escomptés; ensuite, pour établir le lien entre les objectifs du service et les buts. Par exemple, un programme de désintoxication pour alcooliques peut avoir comme but principal de rehausser l'estime de soi chez ses clients. Par conséquent, quels que soient les services offerts, p. ex. cure de déconditionnement, consultation familiale, thérapie récréative, thérapie de groupe, etc., l'accroissement de l'estime de soi fait partie intégrante de tous ces services. Dans ce cas, il import d'évaluer le degré d'estime des clients, en précisant s'il résulte en partie du programme, et de déterminer de quelle façon les services offerts (les objectifs) sont reliés au but global.

(2) Utilisation des données relatives à l'efficacité du programme

L'utilisation, aux fins d'évaluation, des données relatives à l'efficacité du programme signifie qu'on peut recueillir et utiliser des données pour évaluer l'efficacité du programme. Pour y arriver, il faut d'abord établir puis évaluer les critères d'efficacité. Ces deux tâches peuvent sembler plus faciles qu'elles ne le sont en réalité et posent certaines difficultés.

Prenons, par exemple, la question de déterminer l'efficacité d'un programme. Le première chose à remarquer, c'est que les critères d'efficacité sont très subjectifs, étant donné que ce sont les responsables du programme ou l'évaluateur qui en décident. Les critères d'efficacité d'un programme donné peuvent donc différer considérablement de ceux d'un autre programme, et les deux programmes comparables peuvent se révéler tout aussi efficaces, alors qu'ils utilisent des critères totalement différents. Ensuite, même si les deux programmes comparables utilisent des critères d'efficacité identiques, la technique qu'ils emploient pour les mesurer peut varier considérablement. Il est à espérer qu'on commence à comprendre la difficulté à évaluer l'efficacité d'un programme.

Afin d'éliminer certains de ces problèmes, le modèle réduit la question de l'efficacité du programme à sa plus

simple expression et pose la question suivante: le porgramme donne-t-il des résultats? Pour y répondre, il faut franchir les trois étapes suivantes:

1) préciser les objectifs,

2) établir les critères d'efficacité,

3) évaluer les critères d'efficacité.

Les objectifs diffèrent des buts du programme et se traduisent par des services concrets rendus aux clients. Plus précisément, quels services le client a-t-il reçus et de quelle façon ont-ils été offerts (en termes d'unités réelles de services rendus)? Que le programme offre une diversité de services aux clients, p. ex. orthophonie, ergothérapie, dynamique de la vie, consultation familiale, etc., ou le même service sur une période prolongée, p. ex. 12 semaines de conscientisation de soi, chaque service et chaque élément de service doivent être répartis selon le nombre d'unités de services offerts. Les auteurs suivants donnent des exemples de ce processus: Holosko & Feit (1981); Austin & Associates (1985); Goldberg et Warburton (1979).

La prochaine étape consiste à établir les critères qui serviront à déterminer l'efficacité de ces services. Cette tâche est plus difficile que la précédente (préciser les objectifs du service) et exige des consultations et un dialogue entre les groupes suivants: les planificateurs de programmes, les responsables de la prestation des services, les bénéficiaires des services, les administrateurs du programme, le conseil d'administration, les membres de la collectivité et les évaluateurs de programmes. Il est important que tous arrivent à un consensus au sujet des critères d'efficacité mesurables. On recommande de répéter, au moment de déterminer les critères d'efficacité, la question-clé à savoir si le programme produit des résultats. À cet égard, il vaut mieux adopter des critères simples axés uniquement sur cette question. Voici, sous forme de questions, des exemples de critères:

1) qui a reçu des services?

2) de quelle façon ont-ils été rendus?

3) quels résultats ont été produits chez les clients?

4) quelles difficultés se sont présentées relativement à la prestation de ces services?

5) quelles conséquences inattendues sont découlées de la prestation de ces services?

Pour répondre à ces questions, il faut d'abord déterminer l'efficacité du programme. Chacun pourra élaborer des critères supplémentaires pour évaluer l'efficacité du programme, mais ceux-ci constituent le fondement de toute évaluation.

Enfin, la tâche d'évaluer ces critères représente une toute autre affaire. Il s'agit de faire preuve d'objectivité et de concentrer son attention sur un ou plusieurs groupes précis. Comme la méthode d'évaluation entre ici en ligne de compte, il est recommandé de laisser cette tâche aux soins des évaluateurs. Il importe toutefois de connaître certaines questions générales relatives à l'évaluation des critères d'efficacité, ce qu'il est souhaitable d'envisager de deux points de vue: 1) qui fait l'objet de l'évaluation? et 2) comment les critères seront-ils évalués?

Pour répondre à la première question (qui), on peut recueillir des données primaires (p. ex. en interrogeant directement les personnes visées) ou secondaires (p. ex. à partir de sources déjà établies commes des fichiers, des dossiers, des rapports, des comptes rendus de réunions, des demandes de subvention, etc.). Qu'elles soient sous une forme ou sous une autre, il importe avant tout que les données soient accessibles. En outre, dans la plupart des évaluations, les données primaires sont recueillies auprès d'un groupe ou sous-groupe en particulier, p. ex. les clients, le personnel, les administrateurs, la collectivité. Or, on doit traiter ces personnes avec respect et faire preuve d'ouverture d'esprit, d'honnêteté et de franchise au cours de l'évaluation. De plus, il est essentiel, à ce stade, de protéger convenablement les droits des personnes visées et de respecter le caractère confidentiel des renseignements fournis. Il importe aussi de songer sérieusement aux sous-groupes qui fourniront les données primaires, étant donné que leurs réponses peuvent varier considérablement (p. ex. d'un sous-groupe à l'autre). Les mises au point, les essais et les pré-tests sont utiles à cet égard.

En ce qui concerne la deuxième question (comment les critères seront-ils évalués), la méthode peut varier. Il est recommandé d'utiliser autant que possible des méthodes, mesures et évaluations normalisées, car leur fiabilité, leur validité et leur capacité d'adaptation à

plusieurs situations sont de nature plus scientifique que les évaluations sur mesure. Quelle que soit la méthode employée, elle doit être la plus simple et la plus descriptive possible, en prévision du moment où les données seront analysées et présentées pour fins d'interprétation.

Évaluation de la collectivité

Le dernier élément du modèle consiste à effectuer une recherche sur la communauté à laquelle s'adresse l'organisme ou le programme. Cette recherche peut se présenter sous différentes formes, soit qu'il s'agisse de sondages, d'études quantitatives et descriptives, d'évaluations des besoins, d'études descriptives de la population, d'études préliminaires, etc., mettant en jeu des méthodes variées telles que des entrevues en personne, des sondages réalisés par courrier ou par téléphone, des sondages opinion, des analyses de tendances, des analyses de données secondaires, des analyses qualitatives et épidémiologiques, etc. De même, on peut effectuer ces recherches auprès de nombreux groupes, sous-groupes ou échantillons, par exemple auprès de ménages, de familles, de clients, de populations à risque, etc. Ces modèles et ces méthodes nécessitent de l'expérience en recherche. Les évaluations de la collectivité devraient donc être effectuées par des personnes ayant eu l'occasion de démontrer leur compétence. Quel que soit leur type, elles devraient servir à recueillir des données descriptives pertinentes qui ont un lien distinct avec le programme ou l'organisme serait voulu. Les trois principaux objectifs des évaluations de la collectivité sont: la planification; l'évaluation des conséquences du programme; et le suivi des clients, soit au cours du programme ou après celui-ci.

On procède aux évaluations de la collectivité qui ont pour but d'aider à la planification au début du programme (dans le cas des études de planification et d'élaboration, par exemple), avant le début du programme (par exemple, dans le cas des évaluations de besoins) ou un certain temps après le début du progamme pour voir si on arrivera à atteindre les buts et objectifs escomptés. De cette façon, l'évaluation de la collectivité pourrait aussi servir à prévoir l'avenir du programme, c'est-à-dire son organisation, sa continuité, sa fin, les changements possibles à y apporter, sa fin, etc.

Les évaluations de la collectivité déterminent l'incidence du programme visent à définir: 1) la nature des conséquences du programme sur la collectivité; 2) la

relation entre le programme et la collectivité et vice-versa; et 3) les réactions soulevées par les aspects du programme qui concernent la collectivité. Des exemples de ce dernier point seraient l'évaluation des possibilités d'emploi pour les clients de programmes de réadaptation professionnelle ou l'évaluation des servicesde transport destinés aux déficients mentaux qui vivent dans un foyer de transition à l'autonomie, au sein de la collectivité.

En dernier lieu, les évaluations de la collectivité peuvent servir à assurer un suivi auprès des clients vivant dans la communauté, soit pendant le programme, soit après qu'ils l'ont quitté. Elles servent à déterminer si le programme donne ou a donné des résultats. Tout programme de réadaptation vise l'intégration ou la réintégration du client dans la collectivité, l'acquisition d'autonomie ou l'adaptation à son milieu. Il est donc essentiel d'effectuer des évaluations de contrôle pour trouver des réponses aux problèmes reliés à ces principes.

En résumé, on recommande que toutes les évaluations des programmes de réadaptation comprennent une évaluation de la collectivité en accord avec les critères précédemment mentionnés. Les programmes qui s'auto-évaluent et ne comportent pas cet élément sont loin de faire une évaluation complète.

L'évaluation du projet de création d'emploi de St John's, Terre-Neuve: un exemple concret

Historique

On doit le PROJET DE CRÉATION D'EMPLOI de St. John's (Terre-Neuve) à un contrat de la Commission de l'emploi et de l'immigration du Canada (CEIC), de même qu'au programme national Compagnie de travailleurs du YM-YWCA, qui en a assuré la gestion et la mise en application. Comme la Commission et le YM-YWCA avaient des mandats compatibles dans le domaine du chômage chez les jeunes, ces deux organismes ont fourni le financement du projet. Le YM-YWCA national devait mettre sur pied un progrmme de Compagnie de travailleurs dans dix grandes villes canadiennes (St John's ayant été la première), lequel devait fournir à des jeunes âgés de 15 à 24 ans dont les chances d'emploi sont très restreintes une formation adéquate et des expériences de travail pertinentes pour les aider à se trouver de l'emploi. La CEIC avait pour mandat d'enseigner à des personnes dont les chances d'emploi sont très restreintes les connaissances et les

compétences requises pour leur permettre de se joindre au marché du travail.

Le PROJET a reçu une subvention de la CEIC en février 1984 pour la période initiale de planification et d'élaboration, d'une durée de cinq mois. C'est en juillet 1984, suite au succès de la première phase, que le PROJET, toujours en vigueur, a été officiellement lancé. Le personnel, qui, depuis le début, a compté huit employés, pour la plupart à plein temps, a assuré le fonctionnement du PROJET dans l'établissement du YM-YWCA de St John's. Il comptait un directeur général, engagé dès le début du projet (en février), un directeur de projet, un adjoint à l'administration et cinq conseillers en emploi ou coordonnateurs de programme (ajoutés au moment de la mise en oeuvre du programme). Un comité consultatif, formé de représentants de la collectivité nommés au début du projet, a jusqu'ici grandement contribué à la croissance et à l'élaboration du projet.

Il a été décidé que des périodes de cinq mois, ensuite divisées en six éléments, chacun nécessitant de deux à quatre semaines, constitueraient le programme proprement dit. Ces éléments sont:

1) l'inscription/la sélection et l'évaluation,

2) les connaissances pratiques,

3) les connaissances sur la carrière,

4) l'aptitude au travail,

5) les placements dans la collectivité,

6) l'orientation professionnelle.

Les moyens d'intervention utilisés comprenaient:

1) des lectures, des films, des applications sur ordinateur, des conférences, des psychodrames, des situations simulées, etc. pour mettre l'accent sur le côté éducatif,

2) des consultations en groupes de dix personnes ou moins,

3) des consultations individuelles,

4) des consultations familiales, au besoin.

Jusqu'à maintenant, deux périodes de cinq mois (les périodes I et II), auxquelles deux groupes de clients ont participé, se sont écoulées. La période I comptait 22 personnes ou participants, et la période II en comptait 33. Dans l'ensemble, les participants étaient âgés de 16 à 22 ans; 75 % étaient des hommes et 25 % des femmes; tous étaient sans emploi; tous répondaient aux critères d'admissibilité de l'organisme de financement; tous vivaient près de l'établissement où se déroulait le programme; et presque tous ont poursuivi le progamme jusqu'au bout (soit 95 % des participants).

Le modèle d'évaluation précédemment décrit a été intégré au programme par l'auteur, qui était un membre du comité consultatif du PROJET. L'élément évaluation a donc été conçu à même le projet, pendant la planification et l'élaboration. Bien qu'ils exigeaient qu'une évaluation soit faite, aucun des deux organismes promoteurs (soit le YM-YWCA national et la CEIC) n'avaient fixé de lignes directrices à ce sujet. Avec le temps, le modèle présenté précédemment a donc été adapté, modifié et amélioré, puis utilisé pour les deux évaluations suivantes du PROJET (suivant les périodes I et II). Le YM-YWCA national continue d'adapter le modèle pour qu'il puisse servir à d'autres PROJETS DE CRÉATION D'EMPLOI à travers le pays.

Chronologie administrative

Le directeur général du PROJET, de concert avec la personne-ressource de la Compagnie de travailleurs du YM-YWCA national, le directeur général du YM-YWCA de St John's et l'agent de projet régional de la CEIC, a établi une chronologie administrative détaillée pour chaque évaluation (c'est-à-dire pour les périodes I et II). La chronologie énonçait simplement les principaux événements administratifs du PROJET, sur une base mensuelle, et était présentée selon l'exemple de la figure 1. Comme la plupart des données étaient particulières à ce programme, l'analyse des nombreuses données dérivées de cette chronologie serait futile, inappropriée et de peu d'intérêt. On peut toutefois obtenir les rapports d'évaluation des périodes I et II du PROJET DE CREATION D'EMPLOIS auprès du YM-YWCA de St John's.

Cependant, il peut être utile de choisir quelques exemples pertinents des événements administratifs-clés qui sont survenus durant la phase de planification et de mise en application pour illustrer la façon dont la chronologie a été employée. Ces événements sont précisés au tableau 1.

TABLEAU 1

Situations tirées de la chronologie administrative de l'évaluation du PROJET DE CRÉATION D'EMPLOIS de St John's

Date	Situation	Principales décisions prises au sujet des politiques/procédures	des services offerts	du personnel/budget	Observations
Planification					
1. Mars 1984	Aucune donnée ou statistique disponible sur le nombre de jeunes sans emploi à St John's	-évaluation des besoins, sondage par téléphone et consultation avec des organismes communautaires	-besoin de données sur les services communautaires	-recours à de la consultation en recherche	-le problème n'est pas limité à St John's -comment planifier sans données? -l'insuffisance de données est une caractéristique de ce genre de programme
2. Mai 1984	Aucun modèle disponible pour la prestation de services - avons eu à élaborer notre propre modèle	-revue préalable de la documentation sur le sujet -le modèle de service devait découler des critères d'admission, des buts et des objectifs	-buts et objectifs définis et appliqué aux services	-recours à de la consultation en programmes de formation	-est-il possible de mettre au point un modèle régional unique? -certain nombre de modèles de recharge envisagés avec le comité consultatif; ex.: formation, prévention, service direct -organismes de financement souples quant aux décisions
Mise en oeuvre					
3. Juillet 1984	Plus difficile que prévu de trouver des clients	-besoin d'informer davantage la collectivité -besoin de relations publiques	-besoin de créer des stratégies originales et de prendre des initiatives -la sélection des candidats fait inévitablement partie de la prestation des services	-ajout des coûts du dépliant et de l'affranchissement au budget	-problème imprévu -besoin de mettre sur pied le programme dans la collectivité et d'augmenter la communication avec les services d'aiguillage
4. Octobre 1984	Incapacité de fixer des critères d'efficacité utiles pour la planification et l'évaluation	-besoin d'augmenter l'efficacité des politiques et procédures	-besoin de subdiviser tous les buts et les objectifs et de les rendre mesurables	-contrat de consultation en recherche pour l'évaluation	-problème constant de ce genre d'organismes; p. ex., comment évaluer en termes de $ l'accroissement de l'estime de soi?

Le tableau 1 présente une partie seulement des données recueillies à l'aide de la chronologie. Il souligne l'utilité de ces données pour la gestion interne et pour l'évaluation du programme. En ce qui concerne la gestion interne (voir la rubrique Personnel/Budget du tableau 1), par exemple, il serait bon d'ajouter au budget de dépenses proposé pour de tels programmes des sommes supplémentaires destinées à la consultation. La situation la plus récente du tableau 1 (voir les critères d'efficience) nous porte à croire qu'il était difficile et peu pertinent de vérifier les critères d'efficience même si l'organisme de financement y attachait de l'importance. Enfin, nous constatons que la chronologie administrative a servi à des fins utiles, qu'elle prend peu de temps à établir et qu'elle contient des données générales très utiles à d'autres organismes ou programmes. Toute personne qui planifie un programme semblable appréciera sûrement de pouvoir examiner au préalable un certain nombre de chronologies systématiques.

Évaluation de l'efficacité du programme

1. Utilisation des renseignements de base sur les clients (DRC)

Les DRC ont été recueillies:

1) avant et après chaque période de cinq mois;

2) à la fin de chacun des éléments de chaque période; et

3) aux contrôles effectués six mois et douze mois après la fin du programme.

Des pré et post-DRC ont été recueillies à l'admission, pendant les deux semaines d'inscription/de sélection et d'évaluation, et après la période de cinq mois. Les DRC de l'admission comportaient une liste normalisée de variables socio-démographiques, de même qu'une évaluation de l'admissibilité au programme. Les DRC recueillies au moment de l'inscription/la sélection, puis, à la fin du programme protaient spécifiquement sur le progamme (voir la page .....). Elles constituaient donc des données descriptives supplémentaires particulières aux participants et au programme.

Pour la plupart, ces données ont été administrées sous forme de tests normalisés. Les variables évaluées et les critères utilisés étaient les suivants:

1.	Les aptitudes interpersonnelles	- Pendant l'évaluation survenue après deux semaines, des conseillers en emploi se sont vu confier la tâche d'observer certains participants en se basant sur les critères suivants: aptitudes à communiquer; attention et sensibilité envers les autres, partage; comportement convenable; facilité d'élocution; exercices d'interaction.
2.	L'aptitude à rédiger	- Évaluée par un conseiller en emploi à qui était assigné un client particulier pendant tout le programme. Les critères utilisés étaient: la demande écrite d'admission au programme; une déclaration écrite de la motivation du participant à se trouver un emploi; de nombreux travaux écrits; une demande d'emploi, un curriculum vitae et l'aptitude à rédiger démontrée par les tests des pré et post-évaluations.
3.	La compréhension de l'écrit	- Le PIAT-lecture a été utilisé (Burros, 1972).
4.	L'estime de soi	- Le Index of Self-Esteem de Walter W. Hudson (1982).
5.	Les relations familiales	- Le Index of Family Relations de Walter W. Hudson (1982).
6.	L'alcoolisme	- Le Short-Form Michigan Alcoholism Screening Test de Selzer et al (1975).

7.	La consommation d'alcool	- L'évaluation de la quantité, de la fréquence et du volume de la consommation hebdomadaire d'alcool, tele qu'établie par la Addiction Research Foundation (1979).
8.	Les attitudes envers le marché du travail	- L'échelle utilisée comptait soixante-quinze critères divisés en sous-groupes, soit: la préparation acquise dans les écoles; l'assiduité; l'opinion des employeurs; la confiance de réussir; les attitudes face au chômage; et l'attitude générale devant le fait de gagner sa vie (Alberta, 1981).

Les deux premiers critères d'évaluation ci-dessus (les aptitudes interpersonnelles et l'aptitude à rédiger) ont été cotés "satisfaisant", "insatisfaisant" ou "à améliorer". Aux autres critères correspondaient des cotes normalisées, desquelles on tirait des statistiques, qu'on comparait après les avoir calculées selon la méthode utilisée pour les pré-tests et post-tests. D'importantes améliorations ont été constatées pour les aptitudes interpersonnelles, l'aptitude à rédiger, la compréhension de l'écrit, l'estime de soi, les relations familiales et l'opinion des employeurs (soit une partie des attitudes envers le monde du travail). La plupart des autres mesures sont demeurées les mêmes et n'ont pas changé de manière significative, exception faite de la consommation d'alcool, qui s'est accrue avec le temps. Ce résultat a été expliqué, plus tard, par l'anxiété des participants lors du pré-test, état qui les poussait à ne révéler qu'une partie de leur consommation réelle. Chaque fois que ces tests ont été administrés, le personnel a appris dans quel ordre et de quelle façon les administrer pour simplifier le processus, et comment utiliser les données des tests se rapportant aux services et aux progammes offerts aux participants. Il est à noter que l'assignation d'un conseiller à un groupe de participants afin de mettre à l'essai et de contrôler le

programme a grandement facilité le traitement des données.

À la fin de chacun des éléments du programme (p. ex., après les éléments sur les connaissances pratiques, les aptitudes au travail, etc.) administré pendant la période de cinq mois, on a demandé aux participants de nous faire part de leurs commentaires à l'aide d'un répertoire de critères de trois à quatre pages, ceux-ci portant sur: le milieu physique et les installations, le contenu du programme, l'enseignement et les méthodes d'enseignement employées. Les méthodes d'enseignement ont été classées selon leur degré de préférence. Le tableau 2 fait état de ces données pour les éléments de la période I.

TABLEAU 2

Classement par ordre décroissant des méthodes d'enseignement utilisées dans les différents éléments de la période I (n = 21)

Ordre	Méthode d'enseignement utilisée
1	Enregistrement audio-visuel et réécoute
2	Discussion en petits groupes
3	Psychodrames
4	Programmes machine
5	Bandes audio-visuelles
6	Exercices d'interaction
7	Remue-méninges
8	Conférenciers
9	Films
10	Cours théoriques

Suite aux résultats illustrés au tableau 2, on a eu recours à un plus grand nombre de bandes audio-visuelles, qu'on a réécoutées plus souvent, de discussions par petits groupes et de psychodrames au cours des périodes subséquentes. De même, on a cherché à améliorer la qualité des conférenciers, des films et des documents sur lesquels s'appuyaient les cours théoriques. L'utilité de ces données pour la planification à court terme du programme est donc évidente. Par conséquent, les données des périodes subséquentes ont été réévaluées et utilisées dans un but semblable.

Comme nous l'avons mentionné, les participants ont attribué des cotes pour la pertinence et l'importance qu'ils attribuaient à chacun des éléments de programme pour une période donnée. Au tableau 3, les éléments de programme pour les périodes I et II sont classés par ordre de préférence décroissant.

TABLEAU 3

Degrés d'importance attribués aux divers éléments du programme pour les périodes I et II classés par ordre décroissant (n = 54)

Ordre	Éléments du programme
1	Connaissances sur la carrière
2	Aptitude au travail
3	Orientation professionnelle
4	Placement
5	Consultation individuelle
6	Connaissances pratiques
7	Utilisation des installations du YM-YWCA*
8	Inscription et évaluation

Nota (*) Pendant qu'ils étaient inscrits au programme, les participants ont eu droit à des privilèges accordé par le YM-YWCA.

Une fois de plus, les données figurant au tableau 3 ont facilité la planification du programme et le processus décisionnel.

Les données du contrôle constituaient le dernier type de DRC sur les participants qui ont terminé le programme et avec lesquels on a communiqué six mois et douze mois plus tard. En raison de la courte période de temps écoulée depuis la fin du programme, les données du contrôle effectué au bout de douze mois n'avaient pas toutes été recueillies et analysées lors de la rédaction de cet article. Ces données visaient principalement à:

1) évaluer les progrès du participant et à les comparer à sa situation client avant le début du programme,

2) à déterminer, par un examen rétrospectif, ce que le participant avait retenu du programme, et

3) à déterminer si le programme avait aidé le participant à se trouver un emploi.

Ces données ont été recueillies grâce à un ensemble de questions ouvertes structurées posées aux clients par téléphone ou par courrier.

D'après les données recueillies au bout de six mois, les participants estimaient que le programme les avait aidés à acquérir de la confiance en soi, des aptitudes à communiquer et une préparation à l'emploi, et avait créé chez eux des aspirations professionnelles. Au sujet de ce dernier point, les participants ont déclaré que le programme les avait aidés à mieux se connaître et à mieux connaître leurs besoins (par exemple, le besoin d'études supplémentaires, d'une formation professionnelle, etc.) pour pouvoir se lancer dans un domaine de leur choix. Pour obtenir, suite à des programmes de réadaptation, un taux de réponse élevé (après un certain délai) lors des contrôles, il est recommandé d'informer les participants de la recherche ultérieure pendant qu'ils sont inscrits au programme.

2. Utilisation des données sur l'efficacité du programme

L'évaluation systématique des buts et objectifs a permis de déterminer l'efficacité du programme. Les buts et objectifs du PROJET ont été déterminés en consultant d'abord les mandats et les critères établis par l'organisme de financement et l'organisme de soutien. La CEIC et le YM-YWCA ont tous deux fourni des critères très vagues qui peuvent être rattachés au programme de diverses façons. Lorsque le directeur du PROJET a présenté cette question aux deux organismes, ces derniers l'ont retournée au PROJET en disant qu'ils avaient délibérément établi des critères larges das le but d'encourager les initiatives régionales et la diversité du programme. Ce raisonnement semble acceptable de leur point de vue, quoiqu'il pose un problème au personnel du PROJET, qui doit élaborer et interpréter des buts et objectifs concrets pour la gestion et l'évaluation obligatoire. Nous pouvons souligner, comme principale observation à ce sujet, que les directeurs du programme devraient entretenir de bonnes relations et communiquer fréquemment avec leurs organismes de financement, de manière à ne pas perdre de vue la raison d'être ou la mission du programme.

Avec le temps, le personnel du PROJET a mis au point des buts et objectifs avec lesquels les deux organismes étaient d'accord. Comme nous l'avons mentionné précédemment, il a établi des éléments de programme précis (voir le tableau 2), qui s'excluaient dans une grande mesure, assortis d'une chronologie administrative. Pendant la phase de planification, le comité consultatif du PROJET a recommandé qu'un membre du personnel se charge de la coordination et de la supervision de chacun des éléments du programme. De cette façon, la structure et l'administration des éléments du programme ont grandement facilité l'évaluation.

Lorsqu'est venu le temps d'évaluer les périodes I et II, le plan avait déjà été dressé. En plus de coordonner un élément du programme, chacun des membres du personnel devait se charger de son évaluation. La familiarisation avec les particularités des éléments de programme constituait donc un atout qui améliorait l'évaluation. Les communications fréquentes entre le directeur général et chaque membre du personnel réduisaient la possibilité de jugements partiaux (favorables ou défavorables) et augmentaient l'importance de l'objectivité du processus. Le recours à une méthode d'évaluation normalisée diminuait aussi les possibilités de partialité au cours du processus.

Chaque élément de programme a donc été évalué suivant les mêmes critères. La méthode d'évaluation comportait des étapes qui consistaient à:

1) déterminer le but primaire de chaque élément de programme;

2) établir au moins quatre (4) objectifs (sous forme de services) pour atteindre ces buts;

3) vérifier si les buts et objectifs étaient atteints; et

4) faire part de commentaires objectifs sur les questions reliées à cette activité.

Après l'évaluation de chaque élément de programme, le personnel au complet a discuté et passé en revue les résultats obtenus pour s'assurer de leur exactitude et pour ajouter d'autres renseignements aux évaluations respectives. Par conséquent, une combinaison de buts et d'objectifs a été atteinte pour chque élément de programme. Il se peut, par exemple, que le but d'un élément n'ait pas été atteint, mais que deux de ses quatre objectivs l'aient été. La figure 2 illustre, par

un exemple fictif, la façon dont la relation entre les buts et les objectifs a été évaluée.

FIGURE 3

Une évaluation fictive des buts et objectifs des éléments d'un PROJET DE CRÉATION D'EMPLOI

ÉLÉMENT DU PROJET	BUT		OBJECTIFS					OBSERVATIONS
	Oui	Non	1	2	3	4	5	
1. Admission/évaluation								Tous les objectifs sont atteints
2. Connaissances pratiques								Les objectifs 2 et 3 doivent être atteints pour répondre au but
3. Connaissances sur la carrière								Doit chercher à atteindre l'objectif 3
4. Etc.								

La figure 3 illustre comment l'établissement de buts et d'objectifs peut aider à voir lesquels ont été atteints. Il peut aussi servir à la gestion interne, permettant aux directeurs de programmes de ce type de déterminer les aspects du programme qui connaissent du succès, de même que ceux qui nécessitent plus d'attention, et de prendre des décisions quant à la planification des programmes ultérieurs. Il est à noter que chaque fois que les membres du prsonnel ont effectué l'évaluation, ils ont pu constater sa pertinence au PROJET. De plus, avec le temps, cette évaluation est devenue de plus en plus facile.

Évaluation de la collectivité

Comme nous l'avons mentionné, l'élément collectivité a été intégré au PROJET de nombreuses façons. Par exemple, le PROJET a été mis sur pied et a fonctionné

dans la collectivité dans le but de lui servir. Sa survie, c'est-à-dire ses clients, les organismes qui en sont chargés, les placements, etc., dépendait de la colectivité. Cette dernière était donc tenue au courant de l'évoluation du PROJET et il est resorti, avec le temps, que: la participation du public devait être augmentée; les médias devraient faire de la publicité; la collectivité devrait recevoir plus d'informations et ce, par différents moyens, soit par des établissements d'enseignement, des organismes, des employeurs, etc.; un dépliant ou une brochure et une trousse d'information devrait être mis au point; un centre de ressources communautaires devrait être mis sur pied, etc. Quoiqu'il serait souhaitable d'évaluer toutes ces activités communautaires, le personnel du PROJET a décidé de traiter seulement des questions qui:

1) étaient relativement simples et exigeaient peu de temps, et

2) serviraient à la planification du programme et au processus décisionnel.

Il est recommandé que le personnel des programmes ou les évaluateurs communiquent leurs observations au sujet de ces deux critères avant de commencer toute évaluatin de la collectivité.

Les trois évaluations de la collectivité effectuées comportaient:

1) l'évaluation des besoins pour la planification initiale (voir la page 30), qui était assex informelle;

2) le contrôle après six mois et après douze mois auprès des clients qui avaient terminé le programme (voir la page 36); et

3) une évaluation formelle de l'élément placement du PROJET.

Le texte qui suit décrit l'élément placement, qui n'a pas encore été expliqué.

Chaque milieu de placement a été évalué après que les participants de périodes I et II ont eu terminé leurs huit semaines de placement. Les agents de placement (c'est-à-dire ceux qui supervisaient directement les participants) et les participants ont tous été évalués après la première ou la deuxième semaine suivant le placement, et ces évaluations étaient indépendantes l'une

de l'autre. Puisque le PROJET devait fournir à des personnes une formation qui devrait les aider à se joindre au marché du travail, l'évaluation de l'élément placement constituait une partie très importante de l'ensemble du PROJET.

L'évaluation des agents de placement, qui était constituée de questions ouvertes et de questions restrictives et durait environ une heure, s'est effectuée à l'aide d'un plan d'entrevue semi-structuré ayant fait l'objet d'un test préalable. Les principaux points évalués étaient les suivants:

1) renseignements de base,

2) descriptions de poste,

3) présence,

4) ponctualité,

5) observation des directives et respect du matériel,

6) traits caractéristiques de l'employé, par exemple, son apparence, ses aptitudes à communiquer, ses attitudes envers le travail, etc.,

7) relations avec l'employé,

8) méthode de travail,

9) évaluation de la pertinence du PROJET et de sa structure, et

10) avantage d'engager le participant.*[1]

L'évaluation du participant comportait trois pages de questions restrictives sur:

1) la préparation au placement offerte par le PROJET,

---

*[1] Pour obtenir le plan de l'entrevue, écrire à l'adresse suivante: Directeur général, Projet de création d'emplois, YM-YWCA, St. John's (Terre-Neuve), A1A 2X3.

2) la satisfaction qu'a apportée l'expérience,

3) les réactions des agents de placement,

4) l'utilité des visites précédant le placement,

5) les occasions de mettre en application les expériences d'apprentissage,

6) les possibilités d'emploi ultérieures, et

7) la durée et l'opportunité du placement.

Chaque participant effectuait individuellement cette évaluation, qui prenait de dix à quinze minutes.*2

Le texte qui suit présente les grandes lignes des résultats obtenus des deux évaluations.

Les résultats de l'évaluation de l'élément placement des périodes I et II ont été très positifs pour les participants en particulier, de même que pour le PROJET en général. Premièrement, la variété des placements offerts constituait une caractéristique positive du programme. De plus, grâce aux visites précédant leur placement, les participants ont pu choisir des milieux de travail qui répondaient à leurs goûts et à leurs besoins, ce qui a donné lieu à d'heureux résultats. En effet, les employeurs ont indiqué que, dans la plupart des cas, les personnes qui avaient été placées chez eux faisaient preuve de coopération, de beaucoup de motivation et d'une grande curiosité intellectuelle; ils étaient ponctuels et, comme ils espéraient être employés à l'endroit du placement ou dans des endroits semblables, ils démontraient un vif intérêt à l'égard de leur travail. De même, 90 % des participants qui ont entrepris les huit semaines de placement se sont rendus jusqu'au bout. Des cinq personnes pour qui ça n'a pas été le cas, trois ont quitté le programme pour des raisons médicales ou personnelles; une a été congédiée à cause de son absentéisme et une autre pour incompétence. En fait, à partir de ces données, on constate que le programme a été un échec pour deux personnes sur 51, soit dans 4 % des cas.

Il est à remarquer que 75 % des participants se sont trouvé un emploi trois mois après le placement. Cinquante-cinq pour cent ont obtenu des postes à plein

---

*2 Pour obtenir le questionnaire, écrire à l'adresse mentionnée à la note *1 de la page précédente.

temps; 20 % des postes temporaires ou à temps partiel; et 5 % des emplois occasionnels. La majorité des employeurs ont soit engagé le participant suite au placement, soit contribué à ce qu'il se trouve un emploi, c'est-à-dire grâce à des relations d'affaires, à des renseignements ou à des lettres de référence. L'exemple de Jean, tiré de l'évaluation de la période II, illustre bien l'expérience du participant à l'élément placement.

L'exemple de Jean

Au début du PROJET, Jean, attiré par le métier de cuisinier, a fait part de son intérêt à son coordonnateur de programme, qui a tenté de lui trouver une entrevue et un placement dans ce domaine. Trois entrevues lui ont été accordées dans des établisements de service alimentaire. Il â choisi l'endroit susceptible de lui offrir l'expérience qui augmenterait le plus ses chances d'être admis à un cours de cuisine.

Jean a travaillé chez Acme Catering comme aide-cuisinier. Il s'est montré très intéressé par son travai, qu'il a particulièrement aimé pendant la première moitié du placement. Quoique ses progrès au travail étaient lents, ceux-ci auraient augmenté avec le temps. Jean était très ponctuel et a fait du bon travail. Considérant son rendement pendant le placement, les responsables d'Acme Catering ont indiqué que Jean serait un atout pour leur compagnie et qu'il serait engagé s'il y avait un poste vacant, ce qui n'était malheureusement pas le cas. Pendant le placement, l'employeur a observé que Jean était prêt à discuter du progrès de son travail avec son superviseur et son conseiller en emploi lors des visites qui avaient lieu deux fois la semaine. L'employeur devait attribuer la cote "très faible", "faible", "moyen", "bon" ou "excellent" aux aspects suivants du rendement de Jean:

- respect du règlement et des politiques de la compagnie (bon)
- relations avec les collègues/les superviseurs/ les clients (bon)
- obéissance des instructions de ses superviseurs et à la réalisation des tâches assignées (bon)
- qualité et quantité de travail effectué (moyen à bon)
- ponctualité au travail (bon)
- apparence (bon)
- compréhension et respect des instructions (bon)
- absentéisme ne posant aucun problème

- respect des instruments, du matériel et des produits (bon)
- degré de satisfaction qu'il montrait face au travail (bon)
- motivation à terminer les tâches sans supervision continuelle (bon).

À la fin de sa période de placement, Jean a pris part aux trois dernières semaines du PROJET, qui consistaient en une période d'orientation professionnelle, pendant lesquelles il a activement suivi la formation professionnelle reliée à son placement. Par exemple, il a recueilli des renseignements sur les cours de cuisine offerts dans la ville et étudié les pré-requis pour ces cours et le contenu de leurs programmes. Il a aussi fait une demande pour occuper un poste de chef cuisinier dans les Forces armées canadiennes, où son nom figure sur une liste d'attente. Jean avait obtenu un emploi dans un casse-croûte de la ville qui devait commencer vers la mi-août. Malheureusement, comme cette entreprise a vu ses affaires décliner considérablement, elle n'a pu l'engager. Jean n'a pas perdu espoir et cherche encore activement un emploi relié à la profession de cuisinier où il pourrait acquérir l'apprentissage dont il a besoin.

De leur côté, comme le montre leurs évaluations, la plupart des participants à l'élément placement ont conclu que le placement était l'aspect le plus bénéfique et agréable de tout le PROJET. La majorité d'entre eux (plus de 80 %) ont indiqué: 1) que le PROJET les préparait convenablement à leur expérience de travail, 2) que le placement leur donnait l'occasion d'approfondir et de mettre en pratique ce qu'ils avaient appris dans leurs cours, et 3) que l'élément placement les avait beaucoup aidés à se trouver du travail. Le seul point négatif a été la trop courte durée de cet élément. Enfin, la majorité des participants ont trouvé l'expérience très valable.

En conclusion, ces deux exemples d'évaluation relativement simples, directs et utiles sont recommandés pour évaluer la façon dont le programme est relié à la collectivité et vice-versa. Ils se sont avérés très précieux pour la planification du programme et pour le processus décisionnel. Il est à espérer que les directeurs de programmes, les administrateurs et les évaluateurs incluront des évaluations de la collectivité de cette nature dans les évaluations globales de leurs programmes respectifs.

Résumé

Cet article a pour but d'aider aux directeurs de programmes, aux administrateurs, aux cadres, aux membres des conseils d'administration et aux évaluateurs à comprendre les prinicpales questions relatives à l'évaluation des programmes de réadaptation. Sa première conclusion est qu'il est aussi important d'apprendre à évaluer des programmes de réadaptation qu'à faire un rapport des résultats de ces évaluations. L'article énumère les pré-requis spécifiques à l'évaluation de programmes, décrit un modèle d'évaluation des programmes de réadaptation et expose le PROJET DE CRÉATION D'EMPLOIS de St John's pour montrer comment le modèle fut et doit être utilisée. Il décrit des méthodes simples et efficaces pour que l'évaluation des programmes de réadaptation soit pertinente.

BIBLIOGRAPHIE

Addiction Research Foundation. Know the score-pamphlet: An assessment of quantity, frequency and volume time framed over one week. Toronto, Ontario: Author. 1979.

Austin M. and Associates. Evaluating your agency's programs. Sage Human Services Guide 29. Beverly Hills, California: Russell Sage Publications, Inc. 1985.

Baker F. and McPhee, C.B. Approaches to evaluating quality of health care in program evaluation. In Schulberg, H. C. and Baker, F. (Eds.). The Health Fields (Vol. II). New York: Human Sciences Press. 1979.

Buros O.K. Seventh mental measurements yearbook. The Peabody Individual Achievement Test, 7(17). Highland Park, New Jersey: Gryphon Press. 1972.

Bayer M.B. and Brown, R.I. Benefits and costs of rehabilitation at the Vocational and Rehabilitation Research Institute. Health and Welfare Canada, Project #4558-29-3, Calgary, Alberta. 1982.

Bloom M. and Fishcher, J. Evaluating practice: Guidelines for the accountable profession. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc. 1982.

Brown R.I., Bayer, M.B. and MacFarlane, C. Report for the year 1984. Rehabilitation Programs Study, Health and Welfare Canada, Project #4558-29-3, Ottawa, Ontario. 1984.

Evaluation Research Society. Standards for program evaluation. Potomac, Md. Author.

Frank K. Program evaluation systems for vocational rehabilitation programs. Stryker, Ohio: Quadco Rehabilitation Center. 1979.

Goldberg E.M. and Warburton, R.W. Ends and means in social work. The development and outcome of a case review system for social workers. National Institute - Social Services Library No. 35. London, England: George Allen and Unwin. 1979.

Gross A.M. The use of cost effectiveness analysis in deciding on alternative living environments for the retarded. Presented at the 4th International Congress of the Internation Association for the Scientific Study of Mental Deficiency, Washington, D.C. 1976.

Holosko M.J. and Feit, M.D. Workbook for internal management. Knoxville, Tennessee: University of Tennessee Press. 1981.

Harsen M. and Barlow, D.H. Single-case experimental designs: Strategies for studying behavior change. New York: Pergamon Press. 1976.

Hudson W.W. The clinical measurement package: A field manual. Homewood, Illinois: The Dorsey Press Inc. 1982.

Isaac S. and Michael, W. Wandbook in research and evaluation. San Diego, California: Edits Pyblishers Inc. 1977.

Matkin R.E. Program evaluation strategies for private profit rehabilitation. Rehabilitation Counselling Bulletin, 1982, May, 268-277.

Matkin R.E. Program evaluation: Serching for accountability in private rehabilitation. Journal of Rehabilitation, 1981, 47, 65-68.

Moos R. Evaluating correctional and community settings. New York, New York: John Wiley and Sons, Inc. 1975.

Moos R. Evaluating treatment environments - A social ecological approach. New York, New York: John Wiley and Sons, Inc. 1974.

Province of Alberta. Attitudes towards the world of work scale. Department of Education, Calgary, Alberta: Author. 1981.

Selzer M.L., Vinakur, A. and Vaurooijen, L.A. A self administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). Journal of studies on Alcohol, 1975, 36, 117-126.

St. John's JOB GENERATION PROJECT. Evaluation of session I of the JOB GENERATION PROJECT. Unpublished document. St. John's, YM-YWCA, Newfoundland: Author. 1985.

St. John's JOB GENERATION PROJECT. Evaluation of session II of the JOB GENERATION PROJECT. Unpublished document. St. John's, YM-YWCA: Newfoundland: Author. 1986.

Tripodi T. Evaluative research for social workers. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc. 1983.

Wolfensberger W. A brief overview of PASS and FUNDET: Purposes, uses, structure, content and meaning. Rehabilitation Psychology News, 4(1), 9-13. 1976.

Wolfensberger W. and Glenn, L. Program analysis of service systems (PASS): A method for the quantitative evaluation of human services (3rd ed.). Vol. I: Handbook, Vol. II: Field Manual. Toronto: Ntional Institute on Mental Retardation. 1975.

MÉTHODE DE RECHERCHE: SURVOL DE DIX ANNÉES DE FORMATION SPÉCIALISÉE AUPRÈS D'ADULTES ATTEINTS DE DÉFICIENCES MENTALES PROFONDES ET MOYENNES[1]

Gerrit Groeneweg
Mirna I. Vrbancic

Gordon Littlejohns
Vocational and Rehabilitation Research Institute
Calgary (Alberta)

Introduction

Les recherches récentes (Groeneweg, Brown, Conway & Tighe, 1986) indiquent que des adultes atteints de handicaps mentaux de plus en plus profonds s'inscrivent à des programmes communautaires et y sont par la suite acceptés. Ce facteur, conjugué au fait que bon nombre de ces individus ne parviennent pas à obtenir des emplois qui ne soient pas protégés par un système social quelconque, a suscité l'émergence de toute une série de cours de formation spécialisée destinés à combler les besoins d'apprentissage particuliers manifestés par ces individus.

Ces initiatives varient entre l'application pure et simple des principes et méthodes tirés d'ouvrages portant sur l'apprentissage, par exemple, l'assemblage d'un frein de bicyclette (Gold, 1972, 1973), et l'élaboration de programmes entiers basés sur des formules de croissance axées sur la réadaptation, par exemple, le projet du Portage (Shearer & Shearer, 1980).

---

[1] D'après un document présenté au 7e congrès de l'Association internationale pour l'étude scientifique de l'arriération mentale, à New Delhi, en Inde, le 29 mars 1985. Le financement du programme et de la recherche en formation pré-professionnelle a été assuré par le ministère de la Santé communautaire et des Services sociaux de l'Alberta et par Santé et Bien-être social Canada respectivement. Les auteurs désirent remercier sincèrement les nombreux collaborateurs dont les connaissances approfondies en recherche, en évaluation et en programmation ont été mises à contribution pour la conception et l'application du programme faisant l'objet du présent rapport.

Il arrive assez fréquemment que des ouvrages publiés fassent état de l'application réussie de certaines stratégies et techniques de formation, mais les rapports de ce genre concernent en général des projets spéciaux administrés par un personnel spécialisé oeuvrant dans des conditions idéales ou appliquant des modèles de dotation enrichis, ce qui n'est pas du tout caractéristique de la majorité des programmes communautaires. La seule présence d'un adjoint de recherche chargé uniquement d'observer et d'enregistrer les résultats (les phénomènes) ou d'administrer des tests, peut faire une bonne différence. En effet, une étude récente sur l'emploi du temps des practiciens (Groeneweg & Vrbancic, 1986) révèle que les moniteurs en formation professionnelle passent moins de dix pour cent de leur temps dans des relations d'aide directe avec leurs clients. Par conséquent, il n'est pas sûr que ces stratégies de formation pourraient être appliquées avec succès dans un encadrement ordinaire malgré toute la bonne volonté manifestée. En outre, même s'ils évoluent dans des conditions qui devraient normalement favoriser, et qui effectivement facilitent la mise en oeuvre de ces stratégies, nul ne sait dans quelle mesure les préposés à la réadaptation s'efforcent même d'appliquer les toutes dernières techniques pédagogiques.

Néanmoins, dans les cas où l'application de ces méthodes est encouragée et maintenue sur de longues périodes, il est important d'en évaluer l'efficacité. Dans une évaluation de ce genre, on doit distinguer les variables qui concernent la personne handicapée comme telle de celles qui concernent les systèmes mis en place pour palier à ces éléments axés sur la personne. De plus, elle doit tenir compte également des effets à long terme de ces interventions avant que leur utilisation prolongée ou généralisée ne puisse être préconisée. Les responsables de l'application du programme ont besoin de ces renseignements pour s'assurer que toutes les conditions nécessaires au transfert du programme sont réunies avant que les nouvelles méthodes proposées dans les ouvrages de réadaptation ne soient globalement adoptées.

Dans les pages qui suivent, nous exposons le cas d'un programme d'intervention à long terme qui s'est déroulé à la fois dans un contexte de recherche active et, par la suite, dans un contexte de programme permanent, sans le volet recherche.

Description du programme

Ce programme était destiné à des adultes atteints de déficiences mentales allant de moyennes à profondes et a été dispensé par le Vocational and Rehabilitation Research Institute de Calgary au cours d'une période de dix ans s'étendant de janvier 1973 à mars 1983. Le programme en question, ci-après appelé "programme de formation pré-professionnelle", comportait des séances de formation individuelles et en petits groupes dans les domaines suivants: concentration, adaptation personnelle, communication et langage, éducation sociale et scolaire, conditionnement physique, dextérité et aptitudes professionnelles de base (Brown & Hughson, 1977). L'inscription de l'individu au programme était surtout basée sur une évaluation clinique complète des besoins, déterminés à la fois par l'absence générale d'aptitudes nécessaires à un fonctionnement autonome et par l'incapacité démontrée de réussir aux différents programmes existants de formation professionnelle. L'abandon du programme, pour des raisons autres que le déménagement de la famille à l'extérieur de la ville, etc., était pareillement déterminé par voie de décision clinique générale basée à la fois sur l'atteinte d'objectifs pédagogiques précis par le participant et par l'intérêt qu'il manifestait à s'inscrire à d'autres cours offerts par l'institut.

Un des aspects du programme de formation spécialisée susceptible d'aider à définir les possibilités de généralisation des résultats et des méthodes des programmes structurés de recherches est le fait que le programme s'est déroulé dans une optique de recherche intensive pendant les quatre premières années, de 1973 à 1976 inclusivement. Pendant cette période, le programme d'études a été mis au point, appliqué, contrôlé et modifié au besoin. En outre, des évaluations périodiques étaient effectuées par le personnel de recherche, en partie pour répondre aux exigences du contrat de recherche. Les éléments élaboration et évaluation ont servi à mettre au point une série de programmes d'évaluation et de formation (Hughson, Berrien & Brown, 1977) qui ont constitué les assises du service permanent. Suite aux résultats positifs obtenus au cours de cette phase RECHERCHE (Hughson, Berrien & Brown, 1977), il a été décidé de poursuivre le programme sur une base opérationnelle permanente.

Au cours de cette phase opérationnelle (POST-RECHERCHE), les préposés au programme se sont employés principalement à expérimenter, selon le mode habituel, les programmes déjà préparés pour la formation

individuelle et en petits groupes. Il y a eu aussi des évaluations périodiques pendant cette phase, mais elles ont été moins fréquentes (une par année au lieu de tous les six mois) et elles étaient exécutées par les préposés au programme eux-mêmes. Il n'y a eu aucune initiative de prise au cours de cette phase concernant le programme, bien que, comme dans le cas de phase RECHERCHE, les participants ont bénéficié en général d'un arrangement d'éléments de programme relativement individualisé.

Les données du présent rapport concernent donc à la fois les effets à court et à long terme du programme en comparant le rendement de chaque sujet en regard d'une variété de mesures psychométriques et de comportements adaptifs prises avant, à la fin et pendant une période de contrôle postérieure à la participation aux programmes spécialisés à la fois pendant et après la phase explicite de recherche.

Procédure

Toutes les personnes qui avaient participé au programme de formation offert par l'unité de formation pré-professionnelle de l'institut entre janvier 1973 et mars 1983, ont été considérées comme des candidats éventuels. Tous les renseignements concernant le sexe, l'âge, les dates d'inscription au programme et de retrait, ainsi que le rendement en regard de certains critères de fonctionnement cognitif, linguistique et adaptatif, ont été tirés du dossier clinique central tenu pour chacun des participants.

Les trois tests suivants ont permis d'obtenir des données précises sur le rendement: Peabody Picture Vocabulary Test (Dunn, 1959), Raven's Coloured Progressive Matrices (Raven, 1965), Adaptive Functioning Index - Social Education Test (Marlett, 1976). Les mesures du rendement ont été prises pendant les périodes précises suivantes: deux mois avant l'inscription au programme (PRÉ), deux mois après le retrait du programme (POST), et en moyenne 63 mois (SD = 33.06) après l'évaluation post-programme (CONTRÔLE). Cette dernière donnée simple a servi à déterminer si les participants ont par la suite retenu ou perdu les aptitudes acquises au cours du programme de formation, ou si le participant a acquis par la suite au cours de la période post-programme des aptitudes qui ne s'étaient pas manifestées, soit avant, soit immédiatement après la participation au programme.

Il convient de noter qu'en raison de la période relativement longue au cours de laquelle les données des tests ont été recueillies, ceux-ci, à chacune des trois

étapes, ont été habituellement administrés par des personnes différentes. Nous avons supposé que cela aurait un effet à peu près égal pour l'ensemble des conditions et des étapes du programme.

Résultats

Sur une période de dix ans, un total de 85 participants ont bénéficié de l'intervention spécialisée offerte dans le cadre du programme de formation pré-professionnelle. Pour les périodes susmentionnées, les données complètes obtenues à l'aide de l'un des trois test déjà mentionnés (Peabody, Raven et Adaptive Functioning Index), pour les périodes PRÉ-, POST- et de CONTRÔLE n'ont été disponibles que pour 34 des 85 participants. Au cours de la première période de quatre ans, c'est-à-dire pendant la durée de la phase RECHERCHE du programme, sur les 34 individus, 18 se sont inscrits au programme et s'en sont retirés avant la fin de la phase recherche[1]. Onze candidats ont participé exclusivement à la dernière phase de 6 ans POST-RECHERCHE du programme[2]. Les cinq autres participants se sont donc inscrits au programme pendant la phase recherche et y sont demeurés pendant toute la période post-recherche de six ans. Cependant, en raison du petit nombre de participants pour les deux phases (n = 5), ces données ont été exclues de toutes les analyses subséquentes.

Au total donc, 29 individus pour lesquels des données complètes en regard d'au moins une des mesures d'évaluation pour l'ensemble des périodes ont pu être obtenues ont été inclus dans l'étude. Les cinq participants qui ont chevauché les deux phases ont été exclus. Pour éliminer la possibilité de biais d'échantillonnage attribuable à la sélection de l'échantillon, les participants qui n'étaient pas inclus dans l'étude ont été comparés à ceux qui y étaient inclus si les données complètes du pré-test PPVT étaient disponibles pour l'un et l'autre des groupes. Les notes de pré-test PPVT étaient disponibles pour 42 participants non inclus dans l'étude, et pour 22 participants qui étaient inclus dans l'étude[1], [2]. Une simple analyse de variance a indiqué que les deux groupes ont obtenu des notes PRÉ-TEST PPVT assez semblables ($p > .01$). La note PPVT équivalant à l'âge mental moyen (AM) pour les participants non compris dans l'étude était de 6.30 (S.D. = 2.58). La note PPVT équivalant à l'âge mental moyen pour les individus inclus dans l'étude était de 7.07 (S.D. = 2.71). Par conséquent, il ne semble s'être produit de biais d'échantillonnage dans les données.

Les équivalents d'âge mental à la période PRÉ-test pour l'ensemble des individus inclus dans l'étude variaient entre 2.83 et 13.92 ans. Les données concernant l'âge moyen à la date d'inscription au programme de formation pré-professionnelle et la durée moyenne de participation au programme proprement dit pour les groupes de la phase RECHERCHE et POST-RECHERCHE sont résumées au tableau 1.

TABLEAU 1

Âge et durée de participation pour les groupes RECHERCHE et POST-RECHERCHE

	RECHERCHE (n = 18)	POST-RECHERCHE (n = 11)
Âge moyen à l'inscription (mois)	289	251
Écart type	97.40	52.62
Étendue	196-616	180-365
Durée de participation (mois)	21	28
Écart type	15.29	17.23
Étendue	5-56	6-62

Puisque les données ont été recueillies à trois époques différentes pour l'ensemble des participants, une analyse de covariance, dans laquelle les deux fonctions covariantes étaient l'intervalle de temps entre les tests et le niveau des PRÉ-tests, a été effectuée. L'analyse de covariance a révélé que l'écart de temps entre les tests avait une incidence équivalente pour tous les participants et pour tous les tests ($p > .01$) et que le niveau du PRÉ-test était pour une bonne part à l'origine de la variance dans le rendement du test ($p > .01$). L'analyse subséquente consistait donc en simple comparaison du rendement de chaque participant en regard des différentes mesures prises avant le début du programme (PRÉ), après l'abandon du programme (POST), et durant la période de CONTRÔLE.

Le tableau 2 présente les écarts types et moyens pour le rendement de la période PRÉ, POST et de CONTRÔLE pour les groupes des phases RECHERCHE et POST-RECHERCHE. Les données récapitulatives de l'analyse de variance

TABLEAU 2

Écarts types et moyens pour le rendement PRÉ-, POST- et de CONTRÔLE des groupes RECHERCHE et POST-RECHERCHE

Groupe		Recherche		Post-Recherche	
		Écart		Écart	
	Période	moyen	type	moyen	type
Test					
PPVT (AM)		n = 16		n = 7	
	Pré	7.90	2.60	5.30	2.14
	Post	9.36	3.07	6.08	2.57
	Contrôle	8.04	1.85	5.55	1.81
RCPM		n = 13		n = 3	
	Pré	16.54	5.99	13.00	2.00
	Post	19.85	4.87	15.67	7.64
	Contrôle	19.23	5.23	18.67	4.16
AFI		n = 17		n = 11	
	Pré	7.58	4.82	3.36	1.91
	Post	9.50	4.80	3.27	2.10
	Contrôle	9.74	4.98	2.64	1.85

TABLEAU 3

Comparaisons PRÉ- et POST-programme
Tableau récapitulatif de l'analyse de variance du rendement

Test	Source	Déviance	DF	F
PPVT (AM)				
	Groupe (G)	82.30	1	6.21
	Erreur	265.10	20	
	PPVT (P)	12.06	1	8.40*
	PG	1.09	1	0.76
	Erreur	28.72	20	
RCPM				
	Groupe (G)	72.60	1	1.60
	Erreur	635.87	14	
	RCPM (R)	43.50	1	2.96
	RG	0.50	1	0.03
	Erreur	205.72	14	
AFI				
	Groupe (G)	364.79	1	12.70*
	Erreur	746.83	26	
	AFI (A)	11.07	1	3.89
	AG	13.39	1	4.70
	Erreur	74.01	26	

* $p < .01$

TABLEAU 4

Comparaisons POST- et de CONTRÔLE
Tableau récapitualtif de l'analyse de variance du rendement

Test	Source	Déviance	DF	F
PPVT (AM)				
	Groupe (G)	79.45	1	7.98
	Erreur	199.17	20	
	PPVT (P)	84632.00	1	4.09
	PG	1.48	1	0.73
	Erreur	39.80	20	
RCPM				
	Groupe (G)	27.42	1	0.55
	Erreur	693.79	14	
	RCPM (R)	6.93	1	1.36
	RG	15.93	1	3.12
	Erreur	71.54	14	
AFI				
	Groupe (G)	593.02	1	20.03*
	Erreur	769.73	26	
	AFI (A)	0.54	1	0.19
	AG	2.54	1	0.90
	Erreur	73.05	26	

* $p < .01$

TABLEAU 5

Comparaison PRÉ- et de CONTRÔLE
Tableau comparatif de l'analyse de variance du rendement

Test	Source	Déviance	DF	F
PPVT (MA)				
	Groupe (G)	61.91	1	7.23
	Erreur	171.15	20	
	PPVT (P)	0.38	1	0.41*
	PG	0.03	1	0.03
	Erreur	18.54	20	
RCPM				
	Group (G)	20.51	1	0.51
	Erreur	568.49	14	
	RCPM (R)	85.16	1	5.10
	RG	10.78	1	0.65
	Erreur	233.72	14	
AFI				
	Groupe (G)	428.17	1	14.48*
	Erreur	768.73	26	
	AFI (A)	6.73	1	2.48
	AG	27.59	1	10.17*
	Erreur	70.53	26	

* $p < .01$

entre le rendement PRÉ- et POST-programme, le rendement POST-programme et période de CONTRÔLE, et le rendement PRÉ-programme et période de CONTRÔLE figurent aux tableaux 3 à 5, respectivement.

Les analyses ont révélé que, peu importe le groupe, le rendement pour le test PPVT était de beaucoup meilleur au moment de l'évaluation POST-programme qu'au moment de l'évaluation PRÉ-programme ($p > .01$) et que cette différence existait toujours, bien que de façon moins évidente, dans les phases POST-programme et de CONTRÔLE ($p > .05$). Par contre, pour ce qui est du test RCPM, les résultats n'indiquaient pas d'écart de rendement marqué entre les trois mesures de comparaison: phases PRÉ et POST-programme ($p > .10$), phases POST-programme et de CONTRÔLE ($p > .20$), et phases PRÉ-programme et de CONTRÔLE ($p > .04$).

En ce qui concerne le test AFI (Adaptive Functioning Index - Social Education Test), une étude de comparaison entre ceux qui ont participé exclusivement à la phase RECHERCHE du programme et ceux qui ont participé exclusivement à la phase POST-RECHERCHE a révélé que le premier groupe était beaucoup plus qualifié avant le début du programme et après la fin du programme que le deuxième groupe et que ces différences ont persisté jusque dans la période de CONTRÔLE ($p < .01$). En outre, le groupe POST-RECHERCHE a accusé en fait une baisse importante de rendement entre les phases PRÉ-programme et de CONTRÔLE comme l'indiquent les données significatives du test AFI sur le rendement comparatif des groupes (voir tableaux 2 et 5).

Analyse

Les données indiquent que l'intervention spécialisée axée sur le groupe pour les adultes atteints de déficience mentale moyenne à profonde peut faciliter l'acquisition d'une variété d'aptitudes requises pour participer à des activités moins restrictives telles que des programmes de formation professionnelle. En outre, les aptitudes acquises par ce moyen semblent afficher un degré de stabilité relativement élevé dans la mesure où des dispositions sont prises pour en assurer le maintien pendant une bonne période après que le participant a terminé son programme de formation. Cependant, il peut arriver que certains individus enregistrent un léger recul à l'égard de certaines aptitudes acquises lorsque les projets auxquels ils participent par la suite ne les obligent pas directement à utiliser leur acquis de façon quotidienne ou même de façon occasionnelle. Quoi qu'il en soit, cette constatation vient renforcer, pour ce qui

regarde les programmes à long terme, les conclusions optimistes selon lesquelles les clients évoluent effectivement si l'on en juge d'après les nombreux ouvrages publiés sur l'efficacité des interventions à court terme. Pour que l'individu puisse maintenir son acquis, il faut que l'occasion lui soit offerte de le renforcer et de l'utiliser de façon constante, à défaut de quoi les aptitudes acquises antérieurement se perdent de façon progressive, bien qu'à un rythme plus lent que celui auquel elles ont été acquises au cours des différentes étapes de l'instruction spécialisée.

La deuxième conclusion qui ressort de ces données est que les techniques et stratégies d'intervention mises au point et utilisées à titre expérimental dans une perspective de recherche appliquée, sont utiles et applicables. Plus précisément, le fait que les participants inclus dans la phase POST-RECHERCHE du programme décennal ont enregistré une évolution positive dans la même proportion que ceux qui ont participé exclusivement à la phase RECHERCHE, caractérisée par des activités intensives d'élaboration de programmes et de surveillance, indiquent que les bonnes méthodes de formation peuvent certainement être appliquées avec succès dans la pratique continue de tous les jours. Nous émettons cependant l'hypothèse que, advenant que cette méthode ne soit pas appliquée de façon constante et uniforme, les gains en ce qui concerne les aptitudes acquises peuvent être beaucoup moindres ou même inexistants, comme le montre la diminution de rendement enregistrée pour le groupe POST-RECHERCHE entre les phases PRÉ- et POST-test d'après le test AFI.

Enfin, l'analyse de notre petit échantillon fait apparaître une tendance similaire à celle observée par Groeneweg et autres (sous presse). Plus précisément, il semble se dégager une tendance au cours des ans vers un accroissement du niveau d'arriération mentale des personnes faisant appel aux programmes communautaires. Cette tendance au sein du groupe même des personnes atteintes de déficience plus profonde, conjugée aux résultats positifs obtenus avec le type d'intervention mentionné par Hughson, Berrien et Brown (1977), laisse supposer qu'il faudra mettre au point des programmes mieux structurés et plus intensifs pour faire face à la demande. Les données actuelles, particulièrement celles obtenues pour le groupe inclus dans la phase RECHERCHE, viennent renforcer dans une certaine mesure la vision optimiste selon laquelle des gains importants peuvent être réalisés pour ces individus après quelques années d'intervention, et que ces gains peuvent être maintenus

par la suite si des occasions sont offertes de les utiliser et de les maintenir.

Ces données viennent également confirmer le point de vue selon lequel les techniques élaborées dans le cadre de travaux de recherche peuvent être appliquées avec succès dans la pratique courante. Les progrès réalisés dans un contexte de recherche appliquée en ce qui concerne l'acquisition des aptitudes et la mise en oeuvre du programme peuvent très bien être transposés dans un contexte de pratique courante.

RÉFÉRENCES

Brown, R.I., & Hughson, E.A. (1977). Pre-vocational training for the severely retarded adolescent. Journal of Practical Approaches to Developmental Handicap, 1(1), 23-29.

Dunn, L. (1959). The Peabody Picture Vocabulary Test. Minneapolis: American Guidance Service.

Gold, M.W. (1973). Research on the vocational habilitation of the retarded: The present, the future. In N.R. Ellis (Ed.) International Review of Research in Mental Retardation, Vol. 6. New York: Academic Press, pp. 97-147.

Gold, M.W. (1972). Stimulus factors in skill training of the retarded on a complex assembly task: Acquisition, transfer and retention. American Journal of Mental Deficiency, 76, 517-526.

Groeneweg, G., Brown, R.I., Conway, D., & Tighe, R.J. (in press). Client trends in community habilitation: 1969-1983. In J. Berg (Ed.), Science and service in mental retardation: Proceedings of the 7th World Congress of the International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency. London: Methuen.

Groeneweg, G., & Vrbancic, M. (1986). The interaction patterns of instructors and clients in vocational training environments. Unpublished manuscript.

Hughson, E.A., Berrien, V., & Brown, R.I. (1977). A study of the utility of training and assessment procedures in the Pre-Vocational Training Unit at the Vocational and Rehabilitation Research Institute (Study report 2558-29-1). Ottawa, Canada: Department of National Health and Welfare.

Marlett, N.J. (1976). The Adaptive Functioning Index. Calgary: The Vocational and Rehabilitation Research Institute.

Raven, J.C. (1965). Raven's Coloured Progressive Matrices. London: H.K. Lewis.

Shearer, M.S., & Shearer, D.E. (1980). The Portage Project: A Model for Early Childhood Education. In Portage Project Readings. Portage, Wisconsin: Cooperative Educational Service Agency.

RENVOIS

1 Les données pour les périodes PRÉ- et POST- de la phase RECHERCHE proviennent en grande partie des tests exécutés par les préposés au programme et à la recherche de la section de formation pré-professionnelle sous la direction de Mme Anne Hughson (Hughson, Berrien & Brown, 1977).

2 Les données pour la période de CONTRÔLE des deux phases RECHERCHE et POST-RECHERCHE, ainsi que pour les périodes PRÉ- et POST-programme de la phase POST-RECHERCHE, proviennent des dossiers de tests exécutés, pendant toutes les années d'application du programme, par différents préposés à la recherche, à la mise en oeuvre et à l'évaluation du programme à l'emploi de l'institut.

ÉVALUATION DE L'EMPLOYABILITÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES OU DÉFAVORISÉES : VALEUR PRÉDICTIVE ET TABLES DE PROBABILITÉ, DEUX NOUVELLES AIDES À LA PRISE DE DÉCISION

Robert J. Flynn
Centre de services psychologiques
Faculté de psychologie
Université d'Ottawa

Barbara Dubuc
Ministère des Services et communautaires de l'Ontario
Ottawa (Ontario)

David R. Vincent
Service d'évaluation professionnelle
Centre régional de réadaptation de l'Hôpital royal d'Ottawa

Ce rapport décrit l'origine, l'objet, la méthode, les principaux résultats et les conséquences pratiques d'un projet de deux ans, récemment terminé, portant sur l'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées ou défavorisées. Étant donné les nombreux avantages que ces dernières retirent d'un emploi sur le plan psychologique, social et économique, nous espérons que nos travaux se révéleront utiles à d'autres chercheurs et praticiens.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier la Direction de l'emploi des personnes handicapées, à Emploi et Immigration Canada, pour l'aide financière qu'elle a apportée à cette recherche (contrat n° 3C258 accordé au premier coauteur). Nous voulons aussi exprimer notre reconnaissance aux deux organismes qui ont coparrainé la recherche, soit le Centre régional de réadaptation de l'Hôpital royal d'Ottawa (et en particulier le Dr Denton Buchanan, directeur des services psychologiques) et le Service de placement Line 1000 (et notamment Mme Mary Jean Wason) pour leur contribution. Nous aimerions enfin exprimer notre gratitude à M. David Haffner, Mme Marie Fleck et M. Stephen Toy pour l'aide éclairée qu'ils nous ont dispensée dans nos recherches, ainsi qu'aux nombreux clients, conseillers et agents de placement dont la coopération nous a beaucoup aidés à mener à bien cette étude. Toute déclaration, opinion ou erreur figurant dans ce rapport n'engage que les auteurs.

Origine, objet et axe de la recherche

Origine: définitions divergentes de l'"aptitude au travail"

Au début de 1983, le Service de placement Line 1000 (organisme d'Ottawa recevant des fonds d'Emploi et Immigration Canada pour offrir des services centralisés de placement à des personnes handicapées ou socialement défavorisées "aptes au travail") a essayé de résoudre un problème qui existait depuis un certain temps déjà. Les conseillers travaillant dans les quelque vingt organismes communautaires qui envoyaient des clients à Line 1000 et les agents de placement travaillant dans ce dernier organisme semblaient utiliser des définitions cliniques assez différentes de la notion floue d'"aptitude au travail". Tous les clients adressés à Line 1000 étaient censés être "aptes au travail"; cependant, une importante minorité était en fait jugée "inapte au travail" par le personnel de Line 1000.

Dans une première étape, Line 1000, pour résoudre ce problème, organisa un atelier à l'intention des conseillers travaillant dans les divers organismes qui lui adressaient des clients, le 20 mai 1983, au Centre régional de réadaptation de l'Hôpital royal d'Ottawa (CRRHRO). Le fait que plus de 60 personnes aient assisté à cet atelier, au lieu des 20 à 25 attendues, montrait bien que le besoin d'une définition plus claire et plus opérationnelle de l'aptitude au travail était largement ressenti par les intéressés.

Objet: obtention d'une méthode simple et valable d'évaluation de l'employabilité

Pour donner suite à l'atelier, les auteurs élaborèrent un projet de recherche qui fut ensuite approuvé et financé par la Direction de l'emploi des personnes handicapées à Emploi et Immigration Canada. La recherche visait à établir une méthode simple et valable permettant d'évaluer l'employabilité de la clientèle de Line 1000, composée de personnes souffrant de handicaps physiques ou mentaux, ou socialement défavorisées. Pour nombre des participants à l'atelier du 20 mai, une méthode de ce genre constituait un outil indispensable pour surmonter les problèmes posés par des définitions divergentes de l'aptitude au travail.

Axe de la recherche: l'employabilité plutôt que l'aptitude au travail

Dans notre examen des ouvrages consacrés à cette question, lors de la préparation du projet de recherche, nous avons constaté que la notion d'"aptitude au travail" n'avait guère été étudiée, que ce soit sur le plan conceptuel (p. ex. Bitter, 1968; Pumo, Sehl et Cogan, 1966; Way & Lipton, 1973) ou sur le plan de la mesure (p. ex. Bitter & Bolanovich, 1974; Benson & Whittington, 1973). Nous en avons conclu qu'un projet axé sur la notion étroite d'"aptitude au travail" exigerait probablement un important travail d'élaboration d'échelles. Or, cette tâche dépassait de beaucoup nos ressources et nos préoccupations immédiates.

Par ailleurs, la documentation étudiée nous avait révélé que des travaux un peu plus étoffés, sur le plan des concepts et de la mesure, avaient été consacrés à la notion d'"employabilité". S'agissant de résoudre le problème pratique auquel était confronté le Service de placement Line 1000, l'"employabilité" nous paraissait être à peu près synonyme de l'"aptitude au travail", tout en étant beaucoup plus maniable. Aussi avons-nous décidé d'axer notre recherche sur l'"employabilité", en adoptant la définition donnée par Bolton (1982), selon laquelle la capacité d'emploi (ou employabilité) s'entend des compétences, attitudes et comportements au travail nécessaires au placement et à une bonne adaptation professionnelle (p. 53).

Méthode

Échantillon

Au cours des 13 mois durant lesquels des clients ont participé à l'étude (du 1er décembre 1983 au 31 décembre 1984 environ), 375 clients différents ont été déférés à Line 1000. Parmi eux, 278 (74 %) ont accepté de participer au projet en signant une formule de consentement et en restant à la disposition de l'organisme, le personnel de Line 1000 ne les affectant pas à un programme spécial d'emploi dans le secteur public. Ces 278 clients ont constitué l'échantillon faisant l'objet de la recherche. Parmi les 97 autres personnes adressées à Line 1000 pendant la période d'admission de 13 mois, 73 ont refusé de donner leur consentement et 24 ont été affectées à un programme gouvernemental spécial.

Les 278 personnes composant l'échantillon étaient très représentatives de l'ensemble des 375 clients.

Comme l'indique le tableau 1, la répartition des deux groupes en fonction des principales caractéristiques personnelles comme le sexe, l'âge la situation d'état civil et l'état ou les besoins particuliers, par exemple, ne différaient en aucun cas de plus de 2 points. Par conséquent, les distorsions éventuellement dues au refus de 73 personnes de participer à l'étude ou à "l'élimination" de 24 autres clients par le personnel de Line 1000 sont probablement négligeables.

L'échantillon, comme l'ensemble des personnes déférées à Line 1000, était composé en majorité d'hommes relativement jeunes et présentant à peu près les mêmes probabilités d'être socialement défavorisés ou handicapés sur le plan physique ou psychologique. Leur niveau de scolarité était généralement faible, environ 75 % de ces personnes ayant au mieux terminé leurs études secondaires. Enfin, l'anglais était la langue maternelle de plus de 70 % d'entre eux. On notera que, pour pouvoir participer à l'étude, tous les membres de l'échantillon devaient être en mesure de comprendre les documents de recherche, qui étaient disponibles uniquement en anglais (dans l'attente des résultats de confirmation).

Choix des putils d'évaluation de l'employabilité

À partir de l'ensemble d'outils d'évaluation possibles indiqué dans les documents consultés, et notamment les dix décrits par Bolton (1982), ainsi que d'entretiens avec plusieurs spécialistes des recherches en employabilité, nous avons choisi deux ensembles d'indicateurs. Le premier ensemble a été utilisé sans aucune modification; nous n'avons employé le second qu'après y avoir apporté les changements jugés nécessaires.

Inventaire d'évaluation fonctionnelle (IEF) et Questionnaire sur les capacités personnelles (QCP). L'IEF et le QCP sont des instruments de mesure qui décrivent les capacités de travail des clients ainsi que les obstacles s'opposant à leur emploi de manière observable et fonctionnelle (plutôt qu'en termes diagnostiques médicaux) (Bolton, 1982; Crewe, Athelstan & Meadows, 1980; Crewe et Turner, 1984). Ils ont été conçus comme des outils complémentaires. L'IEF permet à un conseiller ou à un autre agent de décrire un client selon 30 paramètres différents, tandis que le QCP permet au client de se décrire lui-même sur les mêmes plans. Le parallélisme des deux instruments ainsi que leur orientation expressément professionnelle en faisaient un choix tout indiqué dans le contexte de cette recherche.

Chaque outil se compose de 30 échelles de notation du comportement en 4 points influant sur les activités professionnelles et qui couvrent les domaines suivants: la vision, l'ouïe, la mobilité, le fonctionnement des membres supérieurs, le fonctionnement de la main, la coordination, la vitesse motrice, la capacité d'effort, l'endurance, la perte de temps de travail due à des traitements ou à des problèmes médicaux, la stabilité de l'état, la capacité d'apprentissage, l'organisation perceptuelle, la mémoire, le fonctionnement linguistique, l'alphabétisme, l'élocution, le jugement, la persistance, la concordance du comportement et des objectifs de réadaptation, la perception exacte des capacités et des limites, l'interaction efficace avec autrui, le système de soutien social, l'attirance personnelle, les compétences professionnelles, les habitudes de travail, les antécédents de travail, l'acceptabilité pour un employeur, l'accès aux possibilités d'emploi et les facteurs économiques désincitatifs.

A chacune des 30 rubriques, on décrit le client comme n'ayant "aucun handicap appréciable" (note de 0) ou faiblement (1), moyennement (2) ou gravement (3) limité. Les diverses réponses possibles dans chaque échelle correspondent à des référents de comportement choisis en raison de leur relation directe avec le travail. Les notes globales de handicap dans l'IPF et le QCP, obtenues par sommation des 30 articles, peuvent aller de 0 (aucune limitation fonctionnelle) à 90 (limitations fonctionnelles maximales).

Sept facteurs se sont dégagés des recherches portant sur l'IPF (Crewe et Turner, 1984): le comportement adaptatif, le fonctionnement moteur, la cognition, l'état physique, la communication, les qualifications professionnelles et la vision. Le QCP n'a pas encore fait l'objet de travaux du même genre. Les deux documents s'accompagnent d'une liste de contrôle des points forts particuliers des clients et de la possibilité de détecter des limitations fonctionnelles susceptibles d'être modifiées au moyen de services appropriés.

L'IPF a fait l'objet de beaucoup d'essais pratiques, qui ont produit des résultats prometteurs (résumés dans Crewe et Turner, 1984) en matière de fiabilité et de validité. La cohérence interne et inter-noteurs correcteurs paraît satisfaisante, la validité concurrente (rapport avec le genre et la gravité du handicap) est conforme aux attentes, et les observations provisoires confirment la valeur prédictive de l'IPF. Par contre, le QCP n'a apparemment guère été mis à l'épreuve dans des

conditions réelles jusqu'ici, de sorte qu'on ne dispose d'aucun renseignement sur sa fiabilité et sa validité.

Échelles d'acceptabilité de Minnesota (EAM) modifiées. L'EAM (Gibson, Weiss, Lawis & Lofquist, 1970) est un bref document composé de 28 énoncés permettant de mesurer cinq aspects du rendement professionnel (de l'"acceptabilité") de l'employé que nous jugions très pertinents pour la capacité d'emploi: le rendement au travail, la conformité aux règles de l'employeur, la fiabilité personnelle, l'adaptation personnelle et l'acceptabilité générale (globale). Cependant, sous sa forme initiale, l'EAM (appelé ci-après "EAM-employeur") est un formulaire d'évaluation du rendement dont l'employeur ou un supérieur se sert pour évaluer le travail effectif d'un employé, tandis que nous avions besoin d'un outil permettant aux conseillers, aux clients et aux agents de placement de prévoir le rendement futur d'un client au travail. Aussi avons-nous élaboré des formulaires parallèles EAM-conseiller et EAM-client en apportant les changements voulus à la formulation des questions. Ainsi, par exemple, le première question de l'EAM-employeur original, "Par comparaison avec les autres employés du même groupe, dans quelle mesure l'intéressé suit-il les politiques et pratiques de l'entreprise?" est devenue, dans notre nouveau formulaire d'EAM-conseiller: "Par comparaison avec les autres travailleurs employés dans des conditions concurrentielles, dans quelle mesure estimez-vous que l'intéressé suivrait les politiques et pratiques de l'entreprise?". De même, dans notre nouveau formulaire d'EAM-client, la première question est devenue: "Par comparaison avec d'autres employés faisant le même genre de travail, dans quelle mesure estimez-vous que vous suivriez les politiques et pratiques de l'entreprise?"

D'après nos prévisions, la cohérence interne de nos versions modifiées de l'EAM devrait être à peu près aussi élevée que celle de l'échelle initiale (c.-à-d. de 0,92 à 0,95 pour l'échelle complète; Gibson et al., 1970). La valeur prédictive des versions modifiées de l'EAM était évidemment une question cruciale, à laquelle l'étude devait répondre.

Indicateurs de résultats (critères)

Les deux principales variables de résultats en regard desquelles l'IEF, le QCP, l'EAM-conseiller et l'EAM-client devraient être validés étaient la situation d'emploi du client (c.-à-d. l'exercice d'un travail dans des conditions concurrentielles ou non concurrentielles) à la clôture du dossier et au moment du suivi. La raison

pour laquelle nous avons choisi l'emploi comme principal critère de validité était tout simplement que, si les instruments utilisés ne permettaient pas de prévoir les résultats sur ce plan, ils ne pouvaient guère être considérés comme des indicateurs valables d'"employabilité". Nous avons toutefois recouru également à plusieurs mesures secondaires: l'évaluation du rendement effectif au travail par l'employeur, la situation professionnelle et la rémunération horaire.

Résultats lors de la clôture du dossier. On connaissait la situation du dossier au moment de sa clôture (c.-à-d. la situation du client lorsque Line 1000 fermait son dossier) pour à peu près tous les membres de l'échantillon (277 sur 278). Dans l'ensemble, 194 clients ont été classés soit comme des "réussites" (n = 148); 76 %), soit comme des "échecs" (n = 46; 24 %) à la clôture de leur dossier, les autres (n = 83) étant considérés comme "ni des réussites, ni des échecs". D'après le personnel de Line 1000, un dossier est clos en général environ quatre à cinq mois après que le client a été déféré à l'organisme, les dates de fermeture variant considérablement. Nous avons pu obtenir des données sur cette variable (durée écoulée après la présentation du dossier) pour 10 % (n = 27) seulement des sujets de l'échantillon. Pour ce groupe, la moyenne était de 139 jours (soit 19,9 semaines ou 4,6 mois), la fourchette s'étendant sur 19 à 381 jours.

Un constant de "réussite" à la clôture du dossier signifiait que le client travaillait dans des conditions concurrentielle, dans l'une des situation suivante: client travaillant, placé par Line 1000 à un emploi ne bénéficiant d'aucune aide publique (n = 33) ou comportant un élément d'aide publique (p. ex. Accès carrière ou Compagnie de travailleurs; n = 38); client travaillant, placé par un organisme autre que Line 1000 (n = 30); client travaillant, ayant trouvé lui-même son emploi (n = 45); client travaillant, autre situation (n = 2). Un constat "d'échec" a été prononcé dans le cas des clients dont Line 1000 avait clos le dossier parce qu'ils n'étaient pas "aptes au travail" (c.-à-d. parce qu'ils ne travaillaient pas ou n'étaient apparement pas prêts à commencer à travailler), à cause de leur refus de coopérer (n = 7), d'immaturité personnelle (n = 8), d'une attitude négative (n = 6) ou de diverses autres raisons (n = 25). Enfin, les clients considérés comme "ni des réussites ni des échecs" comprenaient ceux qui, à la clôture de leur dossier, étaient malades (n = 27), suivaient des cours ou une formation professionnelle (n = 18), n'étaient plus en contact avec Line 1000 (n = 32) ou relevaient d'une autre catégorie (n = 6).

TABLEAU 1

Comparaison de l'échantillon visé par la recherche avec l'ensemble des clients déférés à l'ine 1000 pendant la période de l'étude en fonction de certaines caractéristiques personnelles

Caractéristique personnelle	Échantillon		Ensemble des clients déférés pendant la période	
	n	%	n	%
Sexe:				
Masculin	180	65	242	65
Féminin	98	35	133	35
	278	100	375	100
Âge:				
17-24	66	24	87	24
25-29	56	21	73	20
30-39	76	28	98	27
40-49	47	17	63	18
50-59	25	9	35	10
60-65	2	1	4	1
	272	100	360	100
Situation d'état civil:				
Célibataire	154	57	204	57
Marié(e)	64	23	90	25
Séparé(e)	19	7	25	7
Divorcé(e)	29	11	37	10
Veuf (veuve)	4	2	4	1
	270	100	360	100
État-besoin particulier:				
Handicapé(e) physique	76	28	109	30
Handicapé(e) psychiatrique	99	36	122	34
Défavorisé(e) social(e)	78	29	99	28
Handicapé(e) intellectuel(le)	9	3	12	3
Autres-inclassables	10	4	16	5
	272	100	358	100

TABLEAU 1 (suite)

Caractéristique personnelle	Échantillon		Ensemble des clients déférés pendant la période	
	n	%	n	%
Scolarité:				
Maîtrise	6	2	12	3
Baccalauréat	15	6	19	5
Diplôme de collège communautaire	24	9	31	9
Études universitaires ou collégiales partielles, ou formation professionnelle	24	9	27	8
Études secondaires complètes	102	38	134	38
Études secondaires partielles	71	26	100	28
Diplôme de année ou moins	26	10	30	9
	268	100	353	100
Première langue:				
Anglais	198	73	260	72
Français	57	21	77	21
Autre	17	6	25	7
	272	100	362	100

Note: L'échantillon visé par l'étude se composait de 278 personnes qui, sur un total de 375 clients déférés la Line 1000 pendant la période de l'étude, pouvaient participer à cette dernière et ont consenti à le faire. Des chiffres absolus (n) inférieurs à 278 et 375 sont dus à une absence de renseignements sur la caractéristique personnelle considérée.

Les distorsions éventuellement dues au fait que les analyses de valeur prédictive ne portaient que sur les 194 membres de l'échantillon classés soit comme des réussites, soit comme des échecs, semblent avoir été négligeables. Le tableau 2 montre que, pour toutes les variables personnelles énumérées au tableau 1, la répartition du sous-échantillon de mesure à la clôture du dossier suivait de très près celle de l'échantillon total ainsi que celui du groupe encore plus important de tous les cas déférés à Line 1000.

Par conséquent, les données de validation relatives à l'IEF, au QCP ou aux EAM modifiées qui portaient sur le groupe des dossiers clos devraient pouvoir être étendues à tout l'échantillon ayant fait l'objet de la recherche ainsi qu'à tous les dossiers déférés à Line 1000 au cours des 13 mois de l'étude (groupe que nous devons considérer -- en l'absence de modifications notables de la politique d'envoi de cas à Line 1000 -- comme raisonnablement représentatif de la clientèle actuelle).

Résultats au moment du suivi. Indépendamment de Line 1000, un attaché de recherche a effectué des entrevues téléphoniques de suivi auprès de 200 (72 %) des 278 membres de l'échantillon. D'après les dates auxquelles ces entrevues ont été effectuées pour 182 des 200 clients avec lesquels on a pu entrer en communication, le suivi téléphonique s'est situé en moyenne 267 jours après la présentation des dossiers des clients, soit 38,1 semaines ou 8,8 mois après que leur cas eut été déféré à Line 1000 (fourchette: 182 à peu près quatre mois après la clôture des dossiers. Elles étaient terminées à la fin d'octobre 1985.

Comme le montre le tableau 2, 191 des 200 clients interviewés par téléphone ont été classés soit comme des "réussites" (n = 115; 60 %), soit comme des "échecs" (n = 76; 40 %). Un client était considéré comme une "réussite" si, au moment du suivi, il déclarait exercer un travail rémunéré pendant au moins 35 heures par semaines (n = 91), exercer un travail rémunéré pendant 20 à 34 heures par semaine ou effectuer un travail rémunéré entre 1 et 19 heures par semaine (n = 5). Les "échecs" correspondaient aux clients qui déclaraient soit être en chômage mais chercher un travail (n = 56), soit être en chômage et ne pas chercher de travail (n = 20). Enfin, neuf clients ont été classés comme "ni des réussites, ni des échecs" parce qu'il s'agissait soit d'étudiants à plein temps (n = 5), de ménagères à plein temps (n = 1), de retraités (n = 1) ou de personnes inclassables (n = 2).

TABLEAU 2

Sous-échantillons sur lesquels les analyses de valeur prédictive ont été fondées lors de la clôture du dossier et du suivi, selon le résultat et certaines caractéristiques personnelles

Résultat ou caractéristique personnelle	Sous-échantillon-clôture du dossier		Sous-échantillon-suivi	
	n	%	n	%
Résultat:				
Réussite (travaillant dans conditions concurrentielles)	148	76	115	60
Échec (ne travaillant pas)	46	24	76	40
	194	100	191	100
Sexe:				
Masculin	125	64	123	64
Féminin	69	36	68	36
	194	100	191	100
Âge:				
17-24	53	28	44	24
25-29	38	19	35	19
30-39	51	27	53	28
40-49	29	15	34	18
50-59	20	10	19	10
60-65	1	1	1	1
	192	100	186	100
Situation d'état civil:				
Célibataire	112	59	104	56
Marié(e)	47	25	46	25
Séparé(e)	11	6	12	7
Divorcé(e)	18	9	19	10
Veuf (veuve)	3	1	4	2
	191	100	185	100
État-besoin particulier:				
Handicapé(e) physique	57	30	53	29
Handicapé(e) psychiatrique	62	32	66	36
Défavorisé(e) social(e)	58	30	49	26
Handicapé(e) intellectuel(le)	6	3	8	4
Autres-inclassables	9	5	10	5
	192	100	186	100

TABLEAU 2 (suite)

Résultat ou caractéristique personnelle	Sous-échantillon-clôture du dossier		Sous-échantillon-suivi	
	n	%	n	%
Scolarité:				
Maîtrise	6	3	2	1
Baccalauréat	9	5	9	5
Diplôme de collège communautaire	16	8	19	10
Études universitaires ou collégiales partielles, ou formation professionnelle	20	11	15	8
Études secondaires complètes	69	36	78	42
Études secondaires partielles	51	27	44	24
Diplôme de année ou moins	18	10	18	10
	189	100	185	100
Première langue :				
Anglais	138	72	125	67
Français	41	21	48	26
Autre	13	7	13	7
	192	100	186	100

Note: Des valeurs absolues (n) inférieures à 194 ou 191 sont dues à l'absence de données sur la caractéristique personnelle considérée.

Les sous-échantillon de suivi, comme le groupe de dossiers clos, était très comparables à l'échantillon visé par la recherche et à l'ensemble des dossiers déférés à Line 1000 par sa répartition en fonction des principales caractéristiques personnelles (comparer les tableaux 2 et 1). Dans ce cas également, donc, les distorsions susceptibles d'être introduites dans les analyses de valeur prédictive semblent minimes, au moins sous l'angle des grandes variables socio-démographiques.

Autres mesures des résultats. Les entrevues téléphoniques ont permis d'obtenir des données sur deux indicateurs secondaires de résultats (que nous n'étudierons pas plus à fond dans ce rapport), applicables uniquement aux clients qui avaient un emploi : la situation professionnelle (Blishen & McRoberts, 1976) et la rémunération horaire. Le personnel de Line 1000 a été en mesure de produire des données sur un autre résultat secondaire, l'évaluation du rendement effectif au travail par l'employeur (supérieur) d'après la version originale de l'Échelle d'acceptabilité de Minnesota (Gibson et al., 1970). D'après les renseignements disponibles sur la date de ces EAM-employeurs relatives à 88 clients, ces évaluations ont été effectuées en moyenne 221 jours (soit 31,6 semaines ou 7,3 mois) après la date de présentation du cas à Line 1000, la fourchette allant de 4 à 628 jours.

Exécution du projet

En novembre 1983, une réunion a regroupé les conseillers des organismes qui adressaient des cas à Line 1000 afin de lancer le projet de recherche. On a exposé aux participants les objectifs généraux de l'étude et on leur a présenté les divers documents et méthodes. Cependant, cet exposé ne constituait pas une formation précise à l'utilisation des questionnaires, qui sont assez simples et que les conseillers étaient censés maîtriser d'eux-mêmes. Il est possible que ces outils se révèlent encore plus valables qu'ils ne l'ont été dans cette étude si les utilisateurs bénéficient de séances régulières et intensives de formation pour apprendre à s'en servir.

Lors de la réunion de novembre et dans les communications que nous avons eues ultérieurement avec les organismes de présentation de clients, nous leur avons demandé de suivre les modalités suivantes. En premier lieu, lorsqu'un conseiller avait un client qu'il jugeait "apte au travail", il devait décider de la manière habituelle de le déférer ou non à Line 1000.

En deuxième lieu, s'il décidait de déférer le dossier à Line 1000, le conseiller devait remplir le formulaire habituel de présentation de Line 1000 et demander au client de participer au projet, en signant une déclaration de consentement éclairé. (L'acceptation ou le refus du client de participer à la recherche ne devait avoir aucun effet sur la décision du conseiller de transmettre son dossier à Line 1000).

En troisième lieu, si le client acceptait de participer, le conseiller devait lui demander de remplir le QCP et l'EAM-client. Il devait remplir à part l'IEF et l'EAM-conseiller.

En quatrième lieu, les questionnaires de recherche dûment remplis devaient être envoyés avec la formule de transmission à Line 1000 (fournissant des renseignements sur les caractéristiques démographiques du client, ses antécédents de travail, ses préférences professionnelles et ses besoins particuliers, entre autres choses) au coordonnateur du projet (un attaché de recherche à temps partiel) travaillant à Line 1000. A réception des documents, le coordonnateur remettait le formulaire de transmission à Line 1000 et plaçait les questionnaires de recherche dans un dossier distinct auquel le personnel de Line 1000 n'avait pas accès.

En cinquième lieu, on demandait à l'agent de placement du client de prendre les décisions opérationnelles (p. ex. sur l'acceptation du client afin de lui fournir des services, sur l'aide nécessaire en matière de placement, etc.) de la manière habituelle. L'agent de placement devait remplir indépendamment l'IEF et L'EAM-conseiller.

La raison pour laquelle nous avons demandé aux conseillers qui déféraient les clients et aux agents de placement d'effectuer leurs tâches et de prendre leurs décisions de la façon habituelle, sans tenir compte de leur propre évaluation du client ni prendre connaissance des évaluations des autres parties, était le désir de ne pas restreindre l'intervalle d'employabilité de notre groupe de clients. En effet, une limitation de cet intervalle aurait diminué la variance des notes fournies par nos outils prédictifs et abaissé les corrélations éventuelles (c.-à-d. les coefficients de validité) avec les variables de résultats (Thorndike, 1982).

Dans la mesure où nous pouvons nous prononcer à ce sujet, nos instructions ont été suivies rigoureusement par Line 1000 et les organismes associés. Cependant, nos renseignements sur les modalités pratiques suivies dans les organismes qui adressent des dossiers à Line 1000 n'ont qu'un caractère officieux. Nous ne disposions ni du pouvoir ni des ressources nécessaires pour vérifier le

respect de nos instructions, selon lesquelles les conseillers chargés de présenter les cas devaient remplir l'IEF et l'EAM-conseiller en en tenant absolument aucun compte du QCP et de l'EAM du client. Par ailleurs, à Line 1000, l'attaché de recherche a pu appliquer la mesure de contrôle consistant à séparer matériellement le dossier de recherche du client de son dossier opérationnel.

Il convient également de signaler que, d'après les observations du deuxième auteur (qui dirigeait Line 1000 pendant la durée de la recherche) et de quelques autres membres du personnel de Line 1000, la "qualité (c.-à-d. l'aptitude apparente au travail) des clients déférés à l'organisme a paru augmenter après le lancement du projet et redescendre après la fin de ce dernier. Il est impossible de vérifier ces impressions subjectives. Cependant, dans la mesure où elles sont exactes et où l'existence du projet (et notamment l'utilisation des formulaires de recherche) a eu un effet de sensibilisation sur la prise des décisions, il y a eu rétrécissement de l'intervalle d'employabilité du groupe de clients et un certain affaiblissement des corrélations entre les outils de recherche et les variables de résultats.

Principales constatations

Avant de présenter les constations particulières qui présentent le plus d'intérêt dans l'immédiat, c'est-à-dire celles qui ont trait à la valeur prédictive et aux tables de probabilité basées sur cette dernière, plusieurs autres résultats à caractère plus général méritent d'être mentionnés.

Rapport entre les caractéristiques personnelles et les principaux résultats

Lors de la clôture des dossiers, seul le sexe était lié à la situation d'emploi. Comme l'indique le tableau 3, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de travailler dans des conditions concurrentielles lorsque leur dossier était clos (90 % contre 69 %). Cet avantage avait cependant disparu au moment du suivi. Le fait que le sexe, lors de la clôture du dossier (phi = 0,24, $p < 0,002$) et l'âge, lors du suivi ($r = -0,22$, $p < 0,001$), était les seules caractéristiques personnelles qui apparaissaient offrir une corrélation significative avec la situation d'emploi nous a incités à ne pas tenir compte des variables personnelles dans l'étude des corrélations de l'IEF, du QCP, de

TABLEAU 3

Résultats (travaillant ou ne travaillant pas dans des conditions concurrentielles) Lors de la clôture du dossier et du suivi, par sexe

	Hommes		Femmes	
Résultat	n	%	n	%
A la clôture du dossier:				
Travaillant	86	69	62	90
Ne travaillant pas	39	31	7	10
	125	100	69	100
Lors du suivi:				
Travaillant	73	59	42	62
Ne travaillant pas	50	41	26	38
	123	100	68	100

l'EAM-conseiller et de l'EAM-client avec les principales variables de résultats.

Chose intéressante (et encourageante), l'état physique ou le handicap n'était pas lié à la situation d'emploi, que ce soit à la clôture du dossier ou lors du suivi (tableau 4). Cette constation nous a porté à croire que, au moins pour la clientèle de Line 1000, le pessimisme que suscitent parfois les perspectives d'emploi des personnes souffrant d'un handicap psychologique n'était pas justifié.

Rendement prévu et effectif

L'utilisation des diverses versions de l'Échelle d'acceptabilité de Minnesota nous a donné l'occasion exceptionnelle d'évaluer la façon dont les prévisions de rendement du client faites par celui-ci, par le conseiller et par l'agent de placement se comparaient aux évaluations effectives des employeurs. Le tableau 5 révèle que, pour un sous-ensemble de 87 clients à l'égard desquels on disposait d'une évaluation complète provenant des quatre sources, les évaluations des employeurs (du rendement général au travail) étaient sensiblement inférieures aux prévisions de rendement faites tant par le client que par le conseiller ayant transmi son

TABLEAU 4

Résultats (travaillant ou ne travaillant pas dans des conditions concurrentielles) Lors de la clôture du dossier et du suivi, selon l'état ou le besoin particulier

	Handicapé(e) physique		Handicapé(e) psychiatrique		Défavorisé(e) social(e)	
Résultat	n	%	n	%	n	%
À la clôture du dossier:						
Travaillant	44	77	49	79	41	71
Ne travaillant pas	13	23	13	21	17	29
	57	100	62	100	58	100
Lors du suivi:						
Travaillant	30	57	36	55	31	63
Ne travaillant pas	23	43	30	45	18	37
	53	100	66	100	49	100

TABLEAU 5

Corrélations et différences entre les moyennes ordonnées des mesures de rendement prévu et effectis au travail (note totale)

Mesure du rendement au travail	Moyenne	E.-t.	Mesure 1	2	3	4
1. EAM-client	71,9	9,1	---	0,52	0,13	0,15
2. EAM-conseiller ayant déféré le client	63,8	8,8	8,1*	---	0,26	0,15
3. EAM-agent de placement	61,4	9,4	10,5*	2,4	---	0,08
4. EAM-employeur	57,9	11,6	14,0*	5,9*	3,5	---

Note: $n = 87$; EAM: Échelle d'acceptabilité de Minnesota. Les coefficients de corrélation de Pearson se trouvent au-dessus de la diagonale et les différences entre les moyennes ordonnées, au-dessous. Les évaluations du client, du conseiller ayant défér ce dernier et de l'agent de placement sont des prévisions du rendement future du client; l'évaluation de l'employeur porte sur le rendement effectif du client à son travail.

* $p < 0,001$.

dossier (pour le test global des différences entre les moyennes variable T de Hotelling au carré = 129,98, F [3, 84] = 42,32, $p < 0,001$).

L'auto-évaluation du client, par contre, était nettement plus positive que celle des trois autres sources. Les agents de placement portaient un avis sensiblement analogue à celui des conseillers ayant transmis les dossiers ou à celui des employeurs. Ces résultats laissent à penser que les employeurs sont exigeants, chose dont il convient de se souvenir lors des décisions de transmission des dossiers et de placement de la clientèle.

Résultats de valeur prédictive

Fiabilité mesurée par la cohérence interne. Les coefficients alpha étaient les suivants pour les divers questionnaires: IEF-conseiller, section des limitations fonctionnelles (30 énoncés) = 0,82; section des points forts particuliers (10 énoncés) = 0,64; QCP-client, limitations = 0,79; points forts = 0,68; IEF-agent de placement, limites = 0,79; points forts = 0,79; EAM-conseiller d'orientation (28 énoncés) = 0,92; EAM-client = 0,93; EAM-agent de placement = 0,92; et EAM-employeur = 0,93.

Notation des limitations fonctionnelles. Comme l'indique le tableau 6, les agents de placement (IEF) considéraient leurs clients comme plus limités que ne l'estimaient les agents de présentation des cas (IEF) ou les clients eux-mêmes (QCP). (Le test global des différences entre les moyennes a donné les résultats

TABLEAU 6

Corrélations et différences entre les moyennes ordonnées pour des mesures de limitations fonctionnelles (note totale de limitations)

Mesure de limitations fonctionnelles	Moyenne	E.-t.	Mesure 1	2	3
1. IEF-agent de placement	8,0	6,0	---	0,29	0,45
2. IEF-client	6,5	5,5	1,5*	---	0,59
3. IEF-Conseiller initial	6,4	5,4	1,6**	0,1	---

Note: n = 201. IEF : Inventaire d'évaluation fonctionnelle.
QCP: Questionnaire sur les capacités personnelles. Les coefficients de corrélation de Pearson se situent au-dessus de la diagonale et les différences entre les moyennes ordonnées, au-dessous.

* $p < 0,01$
** $p < 0,001$

suivants: variable T de Hotelling au carré = 15,49, F [2, 199] = 7,71 p > 0,001). On a également observé une relation moyenne à faible entre les perceptions des trois sources d'évaluation, la corrélation la plus forte étant entre le client et l'agent de présentation du dossier et la plus faible, entre le client et l'agent de placement. Fait à noter, le même profil de corrélation entre les trois sources d'évaluation était également constaté dans les résultats de l'EAM (voir le tableau 5).

Coefficients de valeur prédictive. Les seuls questionnaires auxquels on a trouvé une capacité cohérente et opérationnelle de prévision des deux principaux résultats -- la situation du point de vue de l'emploi à la clôture du dossier et lors du suivi -- étaient l'IEF et le QCP, et plus particulièrement leurs sections traitant des limitations fonctionnelles. Les coefficients de validité étaient également plus élevés pour l'échelle complète des limitations de 30 éléments que pour toutes les sous-échelles tirées de cette dernière. Aussi les résultats présentés ici seront-ils limités à l'échelle totale des limitations de l'IEF et du QCP.

Les moyennes, les écarts-types et l'asymétrie sont indiqués au tableau 7 l'IEF et le QCP, à la fois pour les trois sources différentes d'évaluation et pour toutes les combinaisons possibles de ces dernières. On a combiné les sources d'évaluation au moyen de pondérations unitaires solides plutôt que de pondérations regroupables tirées d'une régression multiple, afin de pouvoir les généraliser le plus possible aux nouveaux clients de Line 1000.

Le tableau 8 présente les corrélations entre les sources individuelles et combinées de prévision ainsi que les principales variables de résultats, soit la réussite et l'échec au moment de la clôture du dossier et du suivi. Bien que de taille modeste, les 14 valeurs prédictives étaient toutes significatives sur le plan statistique (c.-à-d. non nulles). (Les coefficients de validité indiqués au tableau 8 sont négatifs, comme on peut s'y attendre, parce que plus la note des limitations est élevée, moins le résultat risque d'être positif en matière d'emploi, situation à laquelle 1 vs 0 pour un résultat négatif).

Comme il était normal, on a obtenu des coefficients de validité plus élevés pour les notes combinées que pour les évaluations individuelles de l'IEF ou du QCP. En pratique, le choix des sources d'évaluation à utiliser pour faciliter la prise de décisions opérationnelles -- sources individuelles ou combinées -- dépendrait à la fois de l'ampleur du coefficient de validité indiqué au

TABLEAU 7

Moyennes et écarts-types relatifs à l'échantillon visé par la recherche pour l'IEF et le QCP pris individuellement ou combinés (note totale de limitations)

Note totale de limitations de l'IEF ou du QCP et source	n	Moyenne	É.-t.	Asymétrie
IEF-CI (conseiller initial)	264	6,53	5,91	1,51
QCP-CL (client)	269	6,64	5,89	1,66
IEF-AP (agent de placement)	213	7,94	6,04	1,06
IEF-CI + QCP-CL	259	13,26	10,56	1,55
IEF-CI + IEF-AP	202	14,35	9,62	0,92
QCP-CL + IEF-AP	209	14,30	9,12	1,06
IEF-CI + QCP-CL + IEF-AP	201	20,88	13,29	1,09

Note: IEF: Inventaire d'évaluation fonctionnelle.
QCP: Questionnaire sur les capacités personnelles. Des notes plus élevées indiquent des limitations plus graves. Les notes globales de limitation provenant des différentes sources d'évaluation (p. ex. le conseiller initial + le client) ont été combinées par addition, chaque note de l'IEF ou du QCP recevant la même pondération unitaire afin de réduire au minimum le regroupement pour de nouveaux échantillons.

TABLEAU 8

Valeur de l'IEF et du QCP pris individuellement ou combinés pour prévoir le résultat (travail) lors de la clôture du dossier et du suivi

Note totale de limitations de L'IEF ou du QCP et source	Corrélation de Pearson avec les résultat "travaillant dans des conditions concurrentielles"			
	À la clôture du dossier		Lors du suivi	
	n	r	n	r
IEF-CI (conseiller initial)	185	-0,21**	181	-0,14*
QCP-CL (client)	189	-0,19**	185	-0,13*
IEF-AP (agent de placement)	161	-0,23***	159	-0,24***
IEF-CI + QCP-CL	183	-0,22***	178	-0,15*
IEF-CI + IEF-AP	152	-0,27***	152	-0,18*
QCP-CL + IEF-AP	158	-0,31***	156	-0,22**
IEF-CI + QCP-CL + IEF-AP	152	-0,30***	151	-0,19**

Note: IEF: Inventaire d'évaluation fonctionnelle.
QCP: Questionnaire sur les capacités personnelles. Des notes plus élevées indiquent des limitations plus graves. La situation "travaillant dans des conditions concurrentielles" a reçu le code 1 lors de la clôture du dossier et du suivi ("ne travaillant pas" = 0). Les personnes dont le résultat n'était ni une réussite ni un échec ont été exclues dans les deux cas.

* $p < 0,05$ (queue en 1)
** $p < 0,01$ (queue en 1)
*** $p < 0,001$ (queue en 1)

tableau 8 ainsi que de considérations d'ordre pratique comme le coût et les avantages relatifs de l'obtention de données auprès de chaque source d'évaluation.

Tables de probabilité (annexe). Dans les tableaux A à G de l'annexe, les 14 coefficients de valeur prédictive présentés au tableau 8 sont traduits en termes simples et opérationnels. Pour illustrer leur utilisation, supposons qu'un client ait obtenu une note de 2 sur l'IEF du conseiller ayant transmis son dossier. D'après les normes du tableau A, la probabilité de réussite lors de la clôture du dossier serait de 82 %, ce qui est quelque peu supérieur à la moyenne de 76 % observée pour l'ensemble des clients. Par contre, une note de 14 ou plus indiquerait que les chances du client d'avoir un travail au moment de la clôture du dossier sont de 60 %, soit 16 % de moins que la moyenne. Les autres tables de l'annexe fournissent le même genre de renseignements à l'égard des autres mesures individuelles et combinées tirées de l'IEF ou du QCP.

Conseils d'utilisation pratique

Nous conclurons par plusieurs observations brèves mais importantes dont il convient de se souvenir pour appliquer nos résultats dans la pratique.

1) Les coefficients de valeur prédictive et les tables de probabilité présentés ici ne sont valables que pour le genre de clients et la situation du marché du travail en fonction desquels ils ont été obtenus. Par conséquent, les organismes oeuvrant dans d'autres localités devraient songer sérieusement à effectuer leurs propres études de validation sur place avant d'utiliser l'IEF et le QCP comme outils courants d'évaluation de l'employabilité.

2) Même à Line 1000, il serait hautement souhaitable de receuillir d'autres données à l'avenir (en notant cependant que, si ces outils sont adoptés, il faudra tenir compte, dans toute étude de validation, de la limitation de l'intervalle résultant de leur incidence sur les décisions). À notre avis, nos résultats devraient être assez valables pour pouvoir être utilisés par Line 1000 et les organismes qui lui transmettent des dossiers. Il serait cependant certainement souhaitable d'effectuer des recherches sur de nouveaux clients afin de

valider les résultats précédents par recoupement.

3. Enfin, l'IEF et le QCP devraient servir à faciliter les décisions plutôt qu'à prendre ces dernières. Les coefficients de validité indiqués ici sont au mieux moyens, et même des clients qui obtiennent une note relativement élevée ont certaines chances de réussite sur le marché du travail. Par conséquent, loin de les considérer comme des outils indiquant quels clients devraient être "éliminés" du processus de présentation ou de placement au moyen d'une sélection sommaire, on devrait envisager l'IEF et le QCP comme des instruments utiles qui aident les conseillers et les agents de placement à déterminer les clients qui, apparemment, ont moins, à peu près autant ou plus besoin de préparation à l'emploi ou de conseils que le client "moyen".

BIBLIOGRAPHIE

Benson S.D., & Whittington M.C., (1973), Transition to Work: Contributions of the Job Readiness Posture, Philadelphie, Associates for Research and Behavior.

Bitter J.A., (1968), "Toward a concept of job readiness", Rehabilitation Literature, 29, p. 201-203.

Bitter J.A., & Bolanovich D.J., (1970), "WARF: A scale for measuring job-readiness behaviors", American Journal of Mental Deficiency, 74, p. 616-621.

Blishen B.R., & McRoberts H.A., (1976) "A revised socio-economic index for occupations in Canada", Canadian Review of Sociology & Anthropology, 13, p. 71-79.

Bolton B. (1982) "Assessment of employment potential", dans B. Bolton (s.l.d.), Vocational Adjustment of Disabled Persons p. 53-60, Baltimore: University Park Press.

Crewe N.M., Athelstan G.T., & G.K. Meadows, (1980), "Vocational diagnosis through assessment of functional limitations", dans B. Bolton & D.W. Cook (s.l.d.), Rehabilitation Client Assessment, p. 196-203, Baltimore, University Park Press.

Crewe N.M. & Turner R.R, (1980), "A functional assessment system for vocational rehabilitation", dans A.S. Halpern & M.J. Furher (s.l.d.), Functional Assessment in Rehabilitation, p. 223-238, Baltimore, Paul H. Brookes.

Gibson D.L., Weiss David J., Dawis R.V., & Lofquist L.H., (1970), Manual for the Minnesota Satisfactoriness Scales, University of Minnesota, Industrial Relations Center, Work Adjustment Project.

Pumo B., Sehl, R., & Cogan F., (1966), "Job readiness: Key to placement", Journal of Rehabilitation, 1966, 32(5), p. 18-19.

Thorndike R.L., (1982), Applied Psychometrics, Boston, Houghton Mifflin.

Way J.G. & Lipton L., (1973), "An employment readiness program for young veterans", Vocational Guidance Quarterly, 22, p. 64-66.

ANNEXE - TABLEAU A

Table de probabilité indiquant le rapport entre la note totale de limitations de l'IEF du conseiller initial et la probabilité que le client travaille dans des conditions concurrentielles lors de la clôture du dossier et du suivi

Note totale de limitations - IEF du conseiller initial		Clients travaillant dans des conditions concurrentielles	
	n	n	%
Lors de la clôture du dossier:			
0 - 3	72	59	82
4 - 8	60	46	77
9 - 13	28	21	75
14 et plus	25	15	60
Total:	185	141	76
Lors du suivi:			
0 - 3	63	43	68
4 - 8	71	41	58
9 - 13	28	15	54
14 et plus	19	9	47
Total:	181	108	60

IEF: Inventaire d'évaluation fonctionnelle

ANNEXE - TABLEAU B

Table de probabilité indiquant le rapport entre la note totale de limitations du QCP du client et la probabilité qu'il travaille dans des conditions concurrentielles lors de la clôture du dossier et du suivi

Note totale de limitations du QCP du client	n	Clients travaillant dans des conditions concurrentielles	
		n	%
Lors de la clôture du dossier:			
0 - 4	90	71	79
5 - 10	64	50	78
11 - 15	19	13	68
16 et plus	16	9	56
Total:	189	143	76
Lors du suivi:			
0 - 3	72	50	69
4 - 7	49	29	59
8 - 10	32	19	59
11 et plus	32	16	50
Total:	185	114	62

QCP: Questionnaire sur les capacités personnelles

ANNEXE - TABLEAU C

Table de probabilité indiquant le rapport entre la note totale de limitations de l'IEF de l'agent de placement et la probabilité que le client travaille dans des conditions concurrentielles lors de la clôture du dossier et du suivi

Note totale de limitations de l'IEF de l'agent de placement		Clients travaillant dans des conditions concurrentielles	
	n	n	%
Lors de la clôture du dossier:			
0 - 2	33	30	91
3 - 5	39	33	85
6 - 11	47	34	72
12 et plus	42	28	67
Total:	161	125	78
Lors du suivi:			
0 - 2	31	23	74
3 - 5	41	25	61
6 - 11	48	27	56
12 et plus	39	19	49
Total:	159	94	59

IEF: Inventaire d'évaluation fonctionnelle

ANNEXE - TABLEAU D

Table de probabilité indiquant le rapport entre la somme des notes totales de limitations du conseiller initial (IEF) et du client (QCP) et la probabilité que le client travaille dans des conditions concurrentielles lors de la clôture du dossier et du suivi

Somme des notes totales de limitations de l'IREF du conseiller initial et du QCP du client		Clients travaillant dans des conditions concurrentielles	
	n	n	%
Lors de la clôture du dossier:			
0 - 5	49	41	84
6 - 10	47	38	81
11 - 20	53	38	72
21 et plus	34	22	65
Total:	183	139	76
Lors du suivi:			
0 - 5	43	34	79
6 - 10	47	28	60
11 - 20	58	31	53
21 et plus	30	15	50
Total:	178	108	61

IEF: Inventaire d'évaluation fonctionnelle
QCP: Questionnaire sur les capacités personnelles

ANNEXE - TABLEAU E

Table de probabilité indiquant le rapport entre la somme des notes totales de limitations du conseiller initial (IEF) et de l'agent de placement (IEF), et la probabilité que le client travaille dans des conditions concurrentielles lors de la clôture du dossier et du suivi

Somme des notes totales de limitations de l'IEF du conseiller initial et de l'IEF de l'agent de placement	n	Clients travaillant dans des conditions concurrentielles	
		n	%
Lors de la clôture du dossier:			
0 - 5	31	27	87
6 - 10	34	29	85
11 - 20	57	46	81
21 et plus	30	16	53
Total:	152	118	78
Lors du suivi:			
0 - 5	29	24	83
6 - 20	93	52	56
21 and above	30	14	47
TotalL	152	90	59

IEF: Inventaire d'évaluation fonctionnelle

ANNEXE - TABLEAU F

Table de probabilité indiquant le rapport entre la Somme des notes totales de limitations du client (QCP) et de l'agent de placement (IEF), et la probabilité que le client travaille dans des conditions concurrentielles lors de la clôture du dossier et du suivi

Somme des notes totales de limitations du QCP du client et de l'IEF de l'agent de placement	n	Clients travaillant dans des conditions concurrentielles	
		n	%
Lors de la clôture du dossier:			
0 - 5	27	25	93
6 - 20	98	80	82
21 et plus	33	17	52
Total:	158	122	77
Lors du suivi:			
0 - 5	24	19	79
6 - 20	102	59	58
21 et plus	30	16	53
Total:	156	94	60

QCP: Questionnaire sur les capacités personnelles
IEF: Inventaire d'évaluation fonctionnelle

ANNEXE - TABLEAU C

Table de probabilité indiquant le rapport entre la somme des notes totales de limitations du conseiller initial (IEF), du client (QCP) et de l'agent de placement (IEF) et la probabilité que le client travaille dans des conditions concurrentielles lors de la clôture du dossier et du suivi

Somme des notes totales de limitations de l'IEF du conseiller initial, du QCP du client et de l'IEF de l'agent de placement	n	Clients travaillant dans des conditions concurrentielles	
		n	%
Lors de la clôture du dossier:			
0 - 10	37	31	84
11 - 20	58	49	84
21 - 30	29	21	72
31 et plus	28	17	61
Total:	152	118	78
Lors du suivi:			
0 - 10	33	25	76
11 - 20	59	36	61
21 et plus	59	29	49
Total:	151	90	60

IEF: Inventaire d'évaluation fonctionnelle
QCP: Questionnaire sur les capacités personnelles

LES JEUNES HANDICAPÉS EN TRANSITION : RÉPERCUSSIONS SUR LES MÉTHODES D'INTERVENTION SOCIALE DES CONSEILLERS EN RÉADAPTATION

Nancy J. Marlett
Département de psychologie de l'éducation
Université de Calgary

Introduction

Au cours des dix à quinze dernières années, les personnes handicapées ont commencé à remettre en question la perception qu'en avait la société en essayant de se faire reconnaître le statut de citoyens à part entière plutôt que celui d'usagers de services et de bénéficiaires de l'aide sociale. Un nombre grandissant d'adultes handicapés ont remis en cause la définition même du terme "handicapé". Les difficultés auxquelles ces personnes font face ne résultent pas de leurs limites fonctionnelles, mais plutôt de la discrimination et des obstacles qui les empêchent de s'intégrer complètement à la société. À l'instar des autres minorités qui luttent pour leur reconnaissance, des groupes d'adultes handicapés revendiquent sur le plan social; ils affirment leur doit à l'autodétermination, ainsi qu'à l'accès à la vie sociale et aux possibilités d'emploi (Heumann, 1979; Bowe, 1978; Hourihan, 1979).

La force grandissante de l'entraide chez les personnes handicapées s'est surtout manifestée dans les centres de vie autonome partout en Amérique du Nord. Le mouvement pour l'autonomie fait valoir les principes du choix personnel, du contrôle des services de soutien courants par les usagers (par exemple, les services d'accompagnement, les moyens de transport et l'adaptation de l'environnement) et de l'égalité avec l'ensemble des Canadiens sur le plan des droits et responsabilités. Le mouvement a tiré sa force de sa capacité de mettre à profit les possibilités qu'offrent l'entraide et l'intervention sociale dans un contexte de développement communautaire. Aux États-Unis, le mouvement a évolué de façon à permettre le financement d'initiatives par le gouvernement fédéral, l'acceptation de principes généraux et la reconnaissance des fonctions de la vie autonome par l'intermédiaire de comités centraux et de programmes universitaires. L'évolution de la notion d'autonomie de vie au Canada est typiquement canadienne en ce qu'elle est caractérisée par des changements planifiées et une expérimentation prudente. De ce fait, les courants

existants et nouveaux en matière de vie autonome dépendent de crédits de développement limités, sans mandat politique clair. Le mouvement réussit malgré tout à canaliser et orienter ses forces grâce à l'éducation du public, aux réseaux locaux ainsi qu'aux initiatives et à la politique de promotion de la santé du gouvernement fédéral (par exemple, par l'intermédiaire du Secrétariat d'État et de Santé nationale et Bien-être social).

Le succès du mouvement des personnes handicapées a remis en question les idées d'ordre social et professionnel selon lesquelles les personnes handicapées sont incapables d'apprendre et de réussir. La méthode d'intervention sociale, qui s'attaque, vers l'extérieur, aux obstacles sociaux plutôt que, vers l'intérieur, aux problèmes particuliers que posent les handicaps, nous amène à nous interoger sur nos approches actuelles du conseil, toujours fondées sur l'hypothèse que les problèmes des personnes handicapées découlent directement de leur handicap.

Pour Gliedman et Roth (1980), la plupart de nos stratégies d'intervention auprès des handicapés reposent sur un modèle de pathologie sociale. D'autres ont parlé de modèle de réadaptation ou de modèle professionnel. Dans cette conception, les problèmes sont définis comme des écarts ou des déviations par rapport aux normes acceptables de comportement. Les solutions se font jour lorsque les professionnels déterminent au moyen d'une évaluation et d'un diagnostic adéquats les interventions et les grandes orientations à appliquer au groupe qui a besoin d'aide. Selon Gliedman et Roth, le recours à ce modèle simplifie à outrance le problème du changement social compte tenu des préjugés et de la discrimination sociale. Dans un modèle de pathologie sociale, on considère que les gens sont eux-mêmes à l'origine de leurs problèmes en raison d'un manque de motivation et de compétences appropriées, de sorte que la solution recommandée est le conseil (Darling, 1979). Le fait d'attribuer à l'individu la responsabilité de son handicap, souvent appelé incrimination de la victime (victim blaming), ne fait qu'aggraver les problèmes et fournir une justification tacite aux souffrances inutiles qui sont le lot de nombreuses personnes handicapées et de leur famille.

Même lorsqu'on admet l'existence de facteurs d'ordre social, ceux-ci ne sont généralement pas pris en compte au niveau des services de conseil. En effet, nous supposons qu'une fois qu'une personne a remédié ses limites fonctionnelles et s'est adaptée à son handicap, les problèmes se résoudront d'eux-mêmes.

D'aucuns affirmeront que les conseillers en réadaptation ne sont pas formés pour traiter des questions d'ordre social ou politique, mais le refus de traiter la situation comme un problème social constitue en soi une prise de position politique. Qui plus est, les conseillers qui considèrent le problème comme inhérent au handicap renforcent chez la personne son sentiment de marginalité, ce qui favorise la dépendance et le manque d'initiatives.

Modèles d'action sociale liés à l'orientation professionnelle

Les conseillers en réadaptation, et plus particulièrement les conseillers en orientation professionnelle, ne peuvent ignorer l'incidence d'un modèle d'action sociale lorsqu'ils se trouvent confrontés à la réalité du partage inéquitable des ressources recherchées dans la société, comme la richesse, les privilèges et le pouvoir politique. Rule (1971) affirmerait que les problèmes sociaux résultent des conflits occasionnés par le contrôle de ces ressources et qu'ils n'existeraient pas si la situation ne profitait pas économiquement et politiquement à certains groupes de la société. Batchilder (1960) affirme que les personnes handicapées sont les cibles naturelles d'un système fonctionnel d'économie de marché, formé d'entreprises privées compétitives et dans lequel les gains de chaque personne doivent être proportionnels à sa capacité de production. On ne sera guère étonné d'apprendre que 42 pour cent des bénéficiaires de l'aide publique sont atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique (Stager, 1979, p. 516). En fait, la pauvreté, plus que le handicap lui-même, est considérée par beaucoup comme le handicap majeur. L'enquête sur l'emploi menée par la Commission de l'emploi et de l'immigration du Canada et qui permet de recueillir des données à jour fait ressortir un taux de chômage élevé chez les handicapés qui se considèrent comme membres de la population active. Ces résultats contribueront dans une large mesure à détruire le mythe selon lequel les personnes handicapées sont fondamentalement inemployables et inviteront la société à ne plus considérer comme allant de soi un partage inéquitable des possibilités d'emploi.

Caractéristiques sociales des familles comptant un jeune adulte handicapé

Pour comprendre le contexte social dans lequel vivent les handicapés et leur famille, il faut saisir

dans toute sa complexité le jeu des forces sociales qui influent sur l'handicapé du moment de sa naissance jusqu'à ce que, jeune adulte, il se présente sur le marché du travail. Comme la majorité des personnes qui demandent des services d'orientation professionnelle ou des services spécialisés sont dans la vingtaine, on peut présumer qu'elles sont nées dans les années 60, c'est-à-dire à une époque où les parents mettaient sur pied, pour remplacer les services institutionnels, des services communautaires qu'ils dirigeaient eux-mêmes. Ces parents, supposant que les services ainsi créés seraient permanents et fiables, ont cessé de s'inquiéter. Dans la majorité des familles, on supposait que l'enfant continuerait de graviter autour du noyau familial.

Toutefois, le rôle du foyer familial comme lieu de résidence permanent est maintenant remis en question, non seulement par les professionnels, mais aussi par les adolescents handicapés. En effet, ces derniers en sont venus à aspirer à une plus grande indépendance en raison des modèles de comportement et de l'action politique des groupes d'entraide. En outre, les familles doivent s'habituer au caractère imprévisible de l'avenir de leur enfant, alors qu'il était naguère courant pour un handicapé physique d'aller vivre dans un centre d'accueil à l'âge adulte ou pour un handicapé mental de passer d'un établissement d'enseignement spécial à un atelier protégé. On ne peut plus compter sur ces "filières". Les ateliers sont devenus trop gros et se sont bureaucratisés. De plus, ils commencent à faire l'objet d'une vive opposition en raison de leur inefficacité dans l'obtention d'un emploi compétitif.

Les personnes ayant un handicap physique s'opposent à ce que ce dernier soit défini comme une maladie et ne veulent pas être placées dans des centres d'accueil, affirmant que les limites d'une personne sur le plan physique ne devraient pas la priver de sa capacité de décider de son propre mode de vie. Les mouvements d'handicapés demandent avec insistance la mise sur pied de services qui permettront aux jeunes de s'intégrer eux-mêmes à la collectivité, mais dans la pratique l'existence de ces services est loin d'être assurée ou courante (MacKinnon et Marlett, 1984).

Par sa puissance, le mouvement canadien pour l'intégration conduit une génération de jeunes et leurs familles en territoire inconnu. S'il existe d'importantes disparités régionales sur le plan de l'accessibilité de services intégrés et axés sur la collectivité, la majorité des régions poursuivent un même objectif d'amélioration de l'intégration. Grâce à l'accès aux écoles locales, aux services de loisirs et

aux liens actifs entre les enfants, les familles, les amis et les professionnels, les enfants handicapés sont devenus des "enfants du voisinage", des membres à part entière de notre société. Lorsqu'ils approchent de l'âge adulte et quittent le système d'enseignement obligatoire, ces jeunes doivent traiter avec des services compartimentés et impersonnels mis sur pied avant le mouvement d'intégration. Ces jeunes adultes sont doublement défavorisés en raison de leur jeunesse et de leur handicap, et ils sortent d'une période où la façon dont la société considère les personnes handicapées a subi de profonds changements.

Par le passé, le principal facteur de changement dans la société canadienne, pour ce qui était du statut des personnes handicapées, était l'action dynamique des parents sur le plan social. Les changements qu'on essaie actuellement d'imposer à nos systèmes sont le fait des handicapés eux-mêmes. Aujourd'hui, le principal facteur de changement dans la société canadienne réside dans les jeunes handicapés, qui ont grandi avec l'espoir de devenir des citoyens à part entière et qui ont été aiguillonnés par les frustrations qu'entraîne l'intégration au monde des adultes.

L'intégration d'une dimension d'action sociale à un plan de conseils de réadaptation peut aider les conseillers à mieux comprendre le contexte social dans lequel s'insère la notion de handicap. En mettant l'accent sur l'action sociale, on permet au conseiller de "nouer une alliance" avec la personne handicapée en considérant que le problème tient à des facteurs extérieurs à elle. Cela permettrait par contrecoup aux jeunes adultes handicapés de mieux résister aux effets paralysants de la réprobation et à agir eux-mêmes sur le plan social.

Nous allons maintenant examiner deux formules qui ont servi à élaborer une méthode d'action sociale dans le contexte du conseil en réadaptation. La première consiste en une description des services de transition, une agence de placement desservant les jeunes adultes handicapés. Le modèle présenté comporte un processus autodirigé qui aide le sujet à cerner les obstacles qu'il pourrait rencontrer -- le conseiller mettant des compétences à la disposition du sujet pour l'aider à trouver les moyens de surmonter ces obstacles. La deuxième formule est une technique de conseil particulière qui fait appel aux principes d'une méthode d'action sociale.

Une méthode d'action sociale pour le conseil en réadaptation

La technique se présente sous la forme d'une structure qui aide le sujet à:

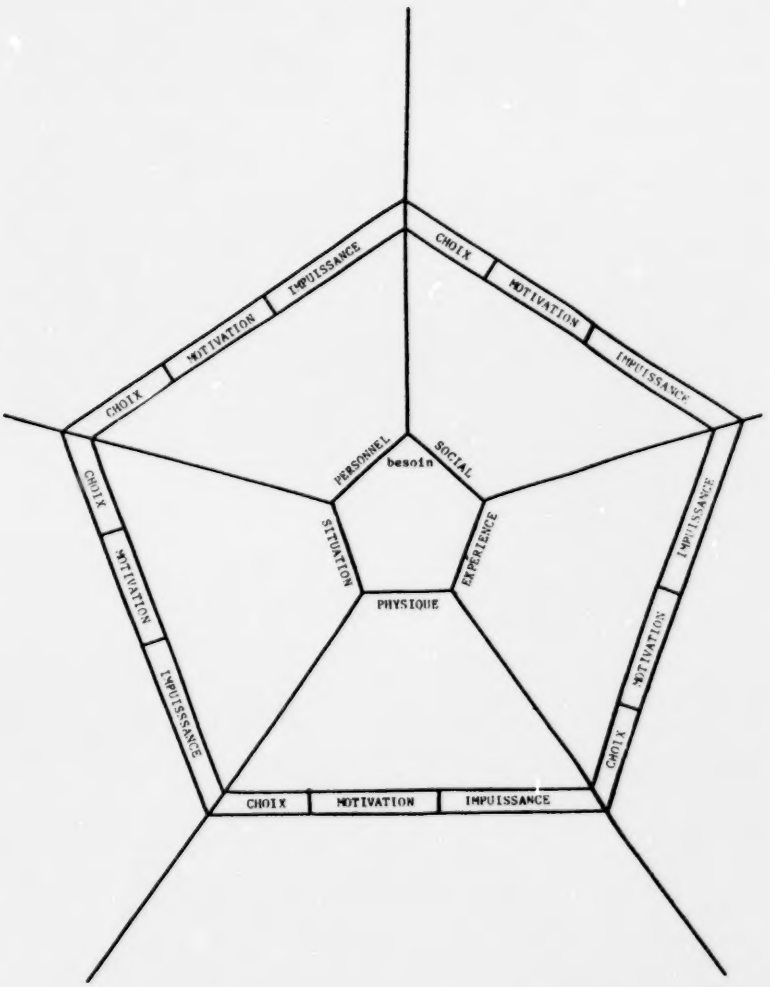
- déterminer ses principaux besoins (au centre);
- cerner les contraintes écologiques, c'est-à-dire les problèmes liés à l'environnement de la personne et qui peuvent faire obstacle à la satisfaction de ses besoins;
- évaluer la rigidité de ces contraintes; c'est-à-dire déterminer les possibilités de changement compte tenu des contraintes;
- trouver des moyens de surmonter les contraintes décelées.

Solution de problèmes

Ce modèle est fondé sur une méthode de solution de problèmes dans laquelle la vie est envisagée comme un processus de solution de problèmes -- comme une lutte naturelle pour trouver de meilleures façons de faire face à son environnement. Une méthode de solution de problèmes s'apparente à un modèle correctif en ce qu'elle considère nombre de comportements déviants comme la manifestation d'une incapacité de l'individu à solutionner des problèmes de la façon appropriée en raison d'un manque de motivation, de capacités ou de possibilités. Si l'individu apprend à modifier les aspects de son environnement qui sont source d'expériences négatives, son image de soi et son sens du bien-être en seront améliorés. L'objectif d'une stratégie de solution de problèmes consiste à enseigner à l'individu à résoudre les problèmes avec efficacité. Comme le fait remarquer Perlman, la stratégie vise "non pas à atténuer ou à supprimer totalement le sources de stress et de tension, mais à mettre en branle un processus permettant d'y faire face avec plus de succès ou de façon plus satisfaisante" (Perlman, 1970, p. 175). En outre, on enseigne le processus de solution de problèmes de façon qu'il puisse servir à régler les problèmes futurs. Dans ce modèle, le conseiller joue le rôle d'une personne-ressource de la collectivité et de l'organisme, et il intervient au nom du client au lieu de jouer le rôle traditionnel de thérapeute. Le sujet est incité à se concentrer sur un problème et à le décomposer en éléments maniables, à énoncer ces éléments en termes opérationnels, à cerner les facteurs personnels et environnementaux qui influent sur les problèmes, à

DIAGRAMME 1

Méthode d'action sociale
appliquée à la planification
des objectifs Marlett 1985



répertorier toutes les solutions possibles, à fixer des objectifs réalistes à court terme et à recourir aux ressources offertes par l'organisme et la collectivité.

Les contraintes - une réalité de l'action sociale

Le modèle proposé se distingue par un détail, mais qui a une importance : il se construit non à partir d'un problème, mais à partir d'un besoin. Au lieu de fixer des étapes ou d'analyser le besoin en le décomposant en éléments maniables, le modèle postule que certaines des raisons pour lesquelles les besoins n'ont pas été satisfaits tiennent non aux capacités, mais aux contraintes négatives qui existent dans l'espace vital d'une personne et qui doivent être cernées et réglées en premier. Par conséquent, le modèle proposé est nouveau pour les conseillers, qui ont été formés à l'utilisation d'un modèle d'apprentissage progressif, ainsi que pour les "clients" qui ont appris à considérer leurs problèmes comme liés à leur personne plutôt qu'à leur environnement social. En reconnaissant l'influence des contraintes externes, on crée un climat d'entente entre le conseiller et la personne handicapée, ce qui a pour effet de confier à cette dernière l'entière responsabilité de la situation qui est à l'origine de handicap. Cinq catégories de contraintes on été cernées.

Contraintes sociales - Il s'agit des contraintes liées aux interactions avec les personnes qui ont une incidence sur le besoin. L'absence de réseau de soutien ou la présence d'amis qui encouragent les comportements déviants ou de parents qui ont tendance à surprotéger leur enfant sont des contraintes de ce genre. La solitude ou l'absence d'un réseau de soutien personnel devient une contrainte de première importance lorsque les camarades d'école s'en vont de leur côté et qu'il y a peu d'autres moyens d'établir des relations. Bien souvent, les jeunes adultes handicapés ne connaissent personne qui se trouve dans une situation analogue et qui pourrait leur servir de modèle de réussite ou leur confirmer leur évolution. Dans bien des cas, ils cherchent un emploi afin de rencontrer des gens et de se faire des amis. Il est donc essentiel, dans tout processus de conseil, de tenir compte de l'importance du besoin d'un groupe de référence ou de soutien.

Contraintes liées à l'expérience - Ces contraintes renvoient aux compétences que la personne doit acquérir ou aux comportements dont elle doit se défaire. Les problèmes qu'éprouvent les jeunes à acquérir une expérience professionnelle sont amplifiés chez les jeunes handicapés. Notre expérience auprès des étudiants

universitaires handicapés nous a révélé que pratiquement aucun d'entre eux n'avait pu trouver d'emploi après ses études ou pendant l'été. Sans expérience du monde du travail, même les diplômés les mieux formé sont défavorisés. Pour surmonter ce problème, les systèmes d'éducation doivent offrir des services de soutien technique et personnel afin d'encourager les jeunes handicapés à acquérir une expérience professionnelle par l'intermédiaire de programmes d'expérience de travail au niveau secondaire, et au moyen d'emplois d'été et de formules d'éducation coopérative dans le système d'éducation postsecondaire. Le bénévolat constituant un élément essentiel de l'acquisition d'une expérience professionnelle, il faudrait que les programmes de bénévolat faisant appel aux jeunes soient accessibles à tous les jeunes.

Contraintes d'ordre physique - Il s'agit des obstacles physiques liés à la personne ou à l'environnement. Les contraintes personnelles incluent la fatigue chronique, le surplus de poids, l'abus de l'alcool, les problèmes de santé et les handicaps physiques. Les obstacles liés à l'environnement sont les plus faciles à cerner. En effet, il s'agit des obstacles qui, sur le plan physique, empêchent la personne de se rendre aux endroits et de vivre les expériences qui lui permettraient de satisfaire à ses besoins.

Contraintes de situation - Il s'agit des facteurs limitatifs inhérents aux procédures et politiques liées aux besoins à satisfaire. Mentionnons à titre d'exemple les règles, la résistance au changement, la politique publique et les contraintes de financement. En règle générale, notre société pourvoit assez bien aux besoins des enfants handicapés, mais les adultes handicapés sont laissés pour compte dans les services de santé destinés aux adultes. La possibilité de consulter des professionnels dans les disciplines connexes et de bénéficier d'aides techniques diminue de façon très marquée au moment de passer à l'âge adulte. Par exemple, les fauteuils roulants électriques doivent être achetés par l'intermédiaire de clubs de service ou au moyen de dons privés lorsqu'il s'agit d'un adulte, alors que les enfants peuvent plus facilement en obtenir. Il faut s'attaquer de façon réaliste aux contraintes imposées par cette absence de services et de solutions de rechange avant de commencer à examiner les possibilités d'emploi.

À l'heure actuelle, le phénomène d'intégration est à l'origine d'une contrainte inattendue; la majorité des adolescents handicapés sont intégrés aux écoles secondaires et n'ont plus accès au système de soutien pédagogique spécialisé. Les conseillers en orientation,

débordés par les besoins spéciaux de minorités plus visibles, ne se sentent pas en mesure d'offrir des services d'orientation professionnelle adéquats en raison des lacunes des systèmes de choix de carrière existants (par exemple, le système CHOIX, lorsque mis en présence d'un handicap physique, élimine presque automatiquement la majorité des possibilités de carrière). Bien souvent, on encourage les adolescents handicapés à conserver des aspirations modestes ou à poursuivre leurs études pour ne pas avoir à chercher du travail.

À l'heure actuelle, les jeunes qui terminent des études postsecondaires peuvent avoir recours aux services de placement traditionnels, aux programmes de réadaptation professionnelle ou, dans certains cas, à des services de placement spécialisés destinés aux jeunes. Toutefois, leur manque d'expérience professionnelle les relègue en queue de liste pour le placement et les conduit dans des établissements de réadaptation professionnelle. Pour la plupart d'entre eux, le fait de se retrouver ainsi dans un milieu isolé avec des personnes de tous âges ayant des handicaps très variés constitue une expérience désagréable. Il est rare qu'un jeune reste longtemps dans un établissement protégé, à moins qu'il n'ait pratiquement pas le choix. Une enquête menée auprès de jeunes adultes fréquentant un centre de formation a révélé que la majorité se rendaient au centre faute d'un autre endroit où aller.

Ces jeunes deviennent des laissées pour compte de notre société s'ils en sont réduits à dépendre que de prestations d'invalidité de longue durée. De nouveaux programmes prévoyant des initiatives innovatrices importantes ont été mis sur pied. Par exemple, le programme d'Intégration-Réintégration de la Commission de l'emploi et de l'immigration du Canada vise à favoriser l'adoption de formules innovatrices d'acquisition d'une l'expérience professionnelle et de formation sur place.

Contraintes d'ordre personnel - On touche là aux sentiments qu'une personne éprouve pour elle-même, ce qui comprend l'estime de soi ainsi que le sentiment de culpabilité ou de dépression qui peut découler d'une impression d'incompétence, de l'isolement ou de la solitude. Les contraintes de cet ordre peuvent être les plus difficiles à évaluer convenablement sur le plan des préoccupations et des besoins.

Les jeunes handicapés doivent pouvoir modeler leur comportement sur celui d'adultes handicapés qui on réussi. Ce phénomène a constitué un important facteur de changement dans le cas des membres de minorités ethniques et des femmes, celles-ci se disant : "Si elle y arrive, je le peux mois aussi." En mettant l'accent sur

l'intégration, nous avons certes amélioré la qualité de l'éducation, mais au détriment du rôle d'exemple ou de modèle que peuvent jouer les pairs. Par exemple, les adultes malentendants ont exprimé la crainte que l'intégration n'entraîne un processus de dissolution culturelle. Les mêmes inquiétudes ont été manifestées par de jeunes étudiants à qui on a conseillé de ne pas se tenir avec d'autres handicapés, mais qui se demandent s'ils réussiront vraiment à devenir normaux comme les modèles qu'on leur propose.

Il serait possible de mieux comprendre le processus de croissance personnelle si des recherches étaient effectuées au sujet des étapes du développement et si des données étaient recueillies sur les antécédents de sujet réels, c'est-à-dire sur des cas de jeunes handicapés qui ont connu les systèmes d'éducation axés sur l'intégration et arrivent maintenant à l'âge adulte. Aucune recherche, aucune donnée n'existe à ce sujet. Il s'agit là d'un domaine essentiel de la recherche appliquée et collective, si nous voulons constituer une base de connaissances à l'intention des générations futures de conseillers et d'adolescents handicapés.

L'apparition des Centres de vie autonome, qui font appel au soutien des pairs et à l'action sociale, pourrait constituer un puissant antidote au problème à la crise d'identité des adolescents handicapés en leur permettant d'améliorer leurs capacités et leurs possibilités d'accès à l'autonomie grâce à la mise en commun des expériences vécues. Ces centres pourraient également permettre aux adolescents de se soutenir mutuellement en établissant des réseaux de soutien social et personnel.

Si la détermination des contraintes se fait en groupe, il faut veiller à ne pas choquer la sensibilité des individus en les forçant à se dévoiler et à partager des éléments du plan avant qu'ils aient surmonté leur hésitation et leur manque de confiance.

Surmonter les contraintes

L'étape suivante du processus visant à établir un "plan de cheminement" personnel est à la détermination par l'individu de la mesure dans laquelle les facteurs tels la source de contrôle, la motivation et l'impuissance acquise influent sur chacune des contraintes analysées. Dans la pratique, le processus consiste à évaluer le degré de perméabilité des frontières psychologiques qui entourent les contraintes. Pour donner à ce processus un caractère concret, on désigne les trois facteurs sous l'appellation de

DIAGRAMME 2

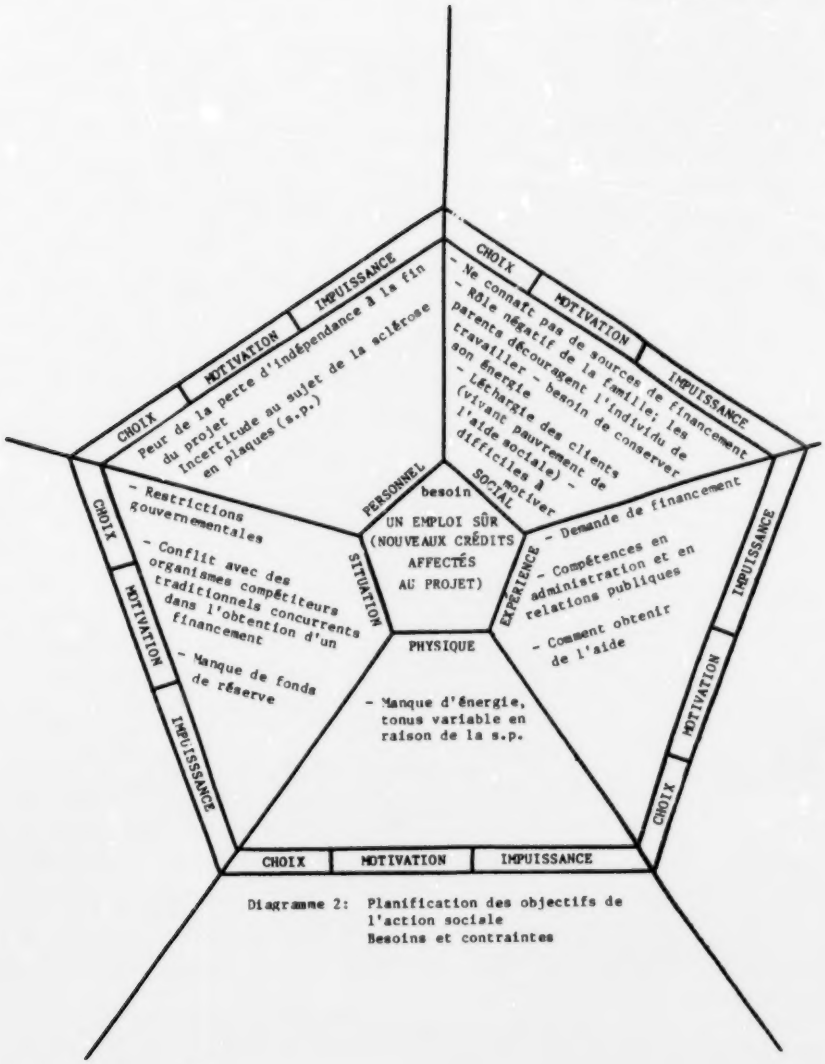


Diagramme 2: Planification des objectifs de l'action sociale
Besoins et contraintes

"barrières". Une barrière doit être ouverte si la perméabilité est suffisante et que la personne s'estime capable de faire face à la contrainte, c'est-à-dire si elle a une motivation suffisante, si la source de contrôle est interne et si elle a déjà connu la réussite dans ce domaine. La barrière sera fermée (ombrée dans les diagrammes) si la personne ne s'estime pas capable de faire face à la contrainte, c'est-à-dire si elle l'accepte passivement ou si elle ressent un sentiment de panique face à la contrainte, si la source de contrôle est externe ou si elle a déjà vécu un échec en essayant de surmonter des contraintes de ce genre. Une fois cela déterminé, le conseiller centre l'attention sur le domaine où le moins de barrières sont fermées, c'est-à-dire le domaine où il y a le plus de chances d'enregistrer un changement et où l'énergie peut être déployée le plus efficacement. Ces trois facteurs ont été déterminés après de nombreux tâtonnements comme les trois raisons très précises pour lesquelles une personne peut être incapable de faire face aux contraintes qu'elle rencontre dans sa vie.

Situation imposée ou choisie - Il s'agit d'une formulation simplifiée de la notion de source de contrôle ou de détermination. Si une personne juge qu'elle a le choix ou qu'elle exerce un pouvoir de contrôle ou de détermination sur une contrainte, elle sera mieux disposée à s'attaquer à cette dernière. Si, par contre, elle juge que la contrainte est externe, c'est-à-dire qu'elle n'a aucun choix ou aucun pouvoir de contrôle à cet égard (par exemple, l'hérédité ou la politique municipale), sa capacité de faire face à la contrainte peut s'en trouver limitée. La détermination réaliste des contraintes sur lesquelles la personne n'exerce aucun pouvoir est une étape importante du processus d'évaluation. Dans certains cas, le fait d'accepter que la source de contrôle est externe à l'individu a un effet bénéfique et productif. C'est un peu le principe important des Alcooliques anonymes selon lequel il faut "changer ce qui peut être changé, accepter les choses qui ne peuvent être changées et savoir distinguer les deux". Bien souvent, le fait de fermer symboliquement une barrière après avoir admis qu'on exerce a très peu de pouvoir sur une contrainte libère une énergie qui peut être canalisée vers d'autres contraintes sur lesquelles la personne a de meilleurs chances d'agir.

Motivation - Cette partie repose sur l'hypothèse qu'il existe un niveau moyen d'anxiété qui facilite l'action et qu'une motivation trop faible ou trop forte peut avoir un effet néfaste. Pour être capable d'agir en vue de surmonter un obstacle ou une contrainte, une

personne doit être préoccupée ou contrariée par l'existence de la contrainte. La contrariété bien dirigée peut constituer un facteur de motivation puissant. Le manque d'intérêt ou de motivation est un problème fréquent chez les personnes qui, dans une situation donnée, se voient comme passives.

Une faible motivation peut dissuader une personne de s'attaquer à une contrainte lorsqu'elle en vient à accepter cette dernière et à s'en accommoder, même si elle est libre d'y apporter une solution. Par contre, certaines personnes sont parfois si préoccupées par une contrainte qu'elles sont paralysées par la peur, l'anxiété, voire la panique. Un tel niveau d'anxiété devient un facteur dissuasif qui empêche d'affronter efficacement la contrainte. On encouragera alors la personne à fermer la barrière dans ce domaine particulier, ce qui lui permettra de consacrer son attention à d'autres domaines.

Impuissance acquise - Cette barrière est liée à l'expérience passée de l'individu dans des situations faisant intervenir une contrainte semblable à celle qui a été cernée. Si la personne se sent impuisssante, c'est-à-dire si elle n'a pas obtenu de succès dans des situations de même nature, on considère que la barrière est fermée. Toutefois, si la personne a réussi à surmonter des contraintes semblables ou si elle s'estime particulièrement apte dans ce domaine, on considère alors que la barrière est ouverte.

À partir de là, la personne peut choisir une ou deux contraintes à l'égard desquelles elle se donne de bonnes chances de succès, comparativement aux domaines où elle se sent incapable de faire face à la contrainte, peu disposée à le faire ou insuffisamment motivée. Dans quelques rares cas, le sujet élèvera des barrières l'empêchant de surmonter les contraintes dans tous les domaines. Toutefois, une telle situation se présente rarement; elle doit être traitée individuellement comme un symptôme clinique. L'expérience acquise jusqu'à maintenant a permis de constater que la majorité des individus trouvent un domaine où ils estiment que leurs chances de succès sont assez bonnes. Vient ensuite une séance de remue-méninges au sujet des moyens de surmonter les contraintes et des stratégies concrètes à mettre en oeuvre. C'est à partir de là qu'on applique le processus qui caractérise la majorité des stratégies de solution de problèmes (par exemple, le choix d'une stratégie, l'établissement d'objectifs à court terme et de délais ainsi que la détermination des personnes responsables).

Cette technique a été un agent de changement efficace pour les personnes qui en étaient venues à se

DIAGRAMME 3

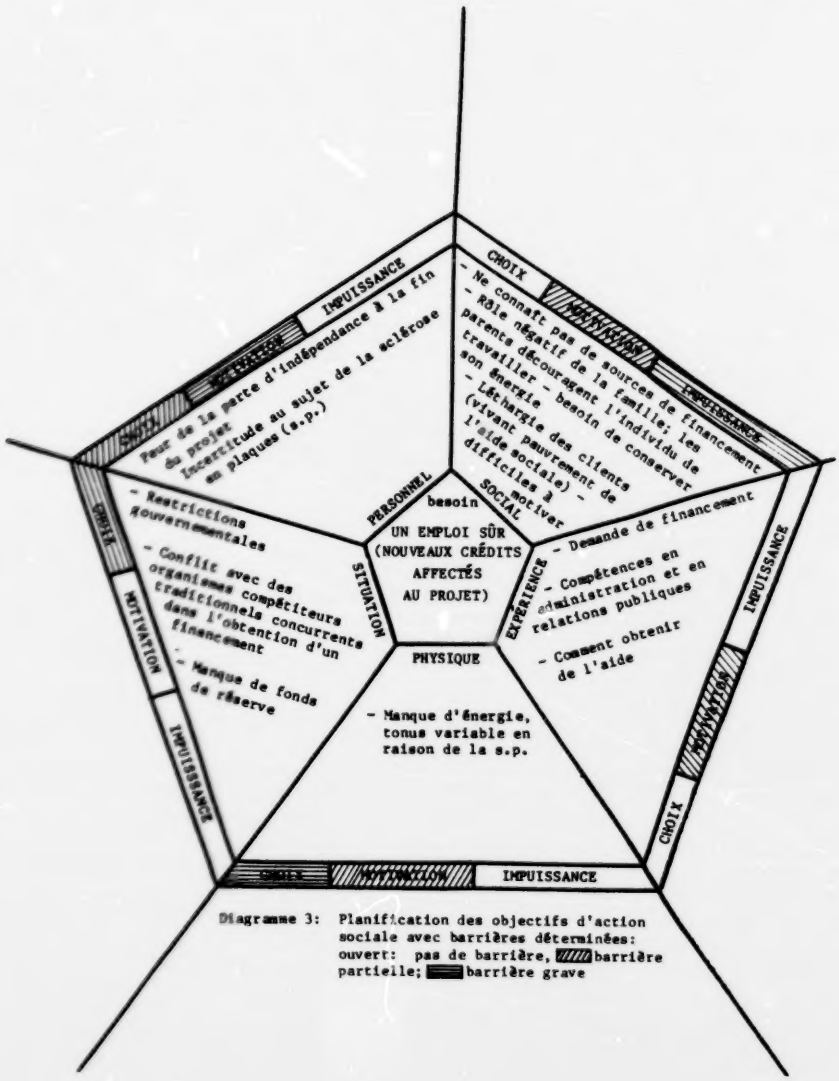


Diagramme 3: Planification des objectifs d'action sociale avec barrières déterminées: ouvert: pas de barrière, ▨ barrière partielle; ▬ barrière grave

DIAGRAMME 4

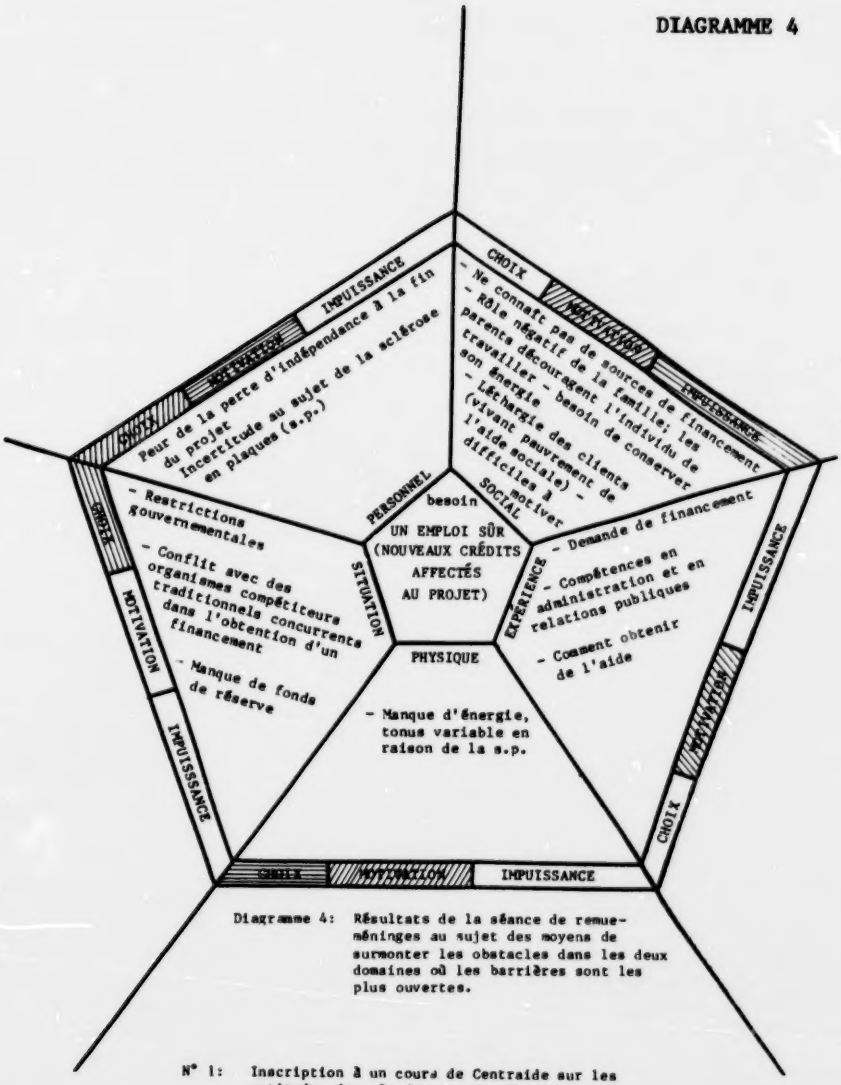


Diagramme 4: Résultats de la séance de remue-méninges au sujet des moyens de surmonter les obstacles dans les deux domaines où les barrières sont les plus ouvertes.

N° 1: Inscription à un cours de Centraide sur les aptitudes dans le domaine des "subventions". Trouver un diplômé qui fournira de l'aide
- Fixer des objectifs pour les étapes du projet

2: Pour "briser la glace", inviter les personnes de l'organisme à fournir leur aide pour une proposition de financement. Trouver une façon de collaborer au niveau des services.

juger responsables de tous les échecs qu'ils avaient essuyés en essayant d'obtenir un emploi ou de satisfaire à d'autres besoins importants vitaux. Elle leur a permis de concentrer leur attention sur des contraintes réelles et bien souvent omniprésentes et ce, en ayant la possibilité de s'évaluer elles-même et d'orienter leur action. Cette formule de conseil s'est révélée efficace auprès tant des individus que des groupes. Elle a également été utilisée comme instrument d'évaluation des programmes et comme stratégie de planification. Ce travail sert de fondement à une étude "écologique" des jeunes handicapés en transition. Un des résultats prévus de cette recherche consiste en programmes d'autoformation.

Une méthode d'action sociale est à la portée de tous les conseillers en réadaptation s'ils sont disposés à la mettre à l'essai. Elle suppose une refonte complète de la structure du programme et l'utilisation d'instruments d'évaluation de l'action sociale et de solution de problèmes. Lorsque le conseiller travaille dans une optique d'action sociale, il devient, dans ses relations avec la personne handicapée, un porte-parole et un collaborateur au lieu d'être un spécialiste. Cela peut permettre de remplacer le rapport de dépendance entre le conseiller et la personne handicapée par une relation à cette dernière a plus de pouvoir. Les deux personnes sont considérées comme égales, le sujet apportant sa connaissance de son propre handicap et de l'environnement dans lequel il doit vivre et le conseiller, l'orientation et l'aide dont le sujet a besoin pour trouver lui-même sa voie.

BIBLIOGRAPHIE

Batchilder A.B., The Economics of Poverty, New York, John Wiley, 1960.

Bowe F., Handicapping America, New York, Harper et Row, 1978.

Darling R., Families Against Society: A Study of Reactions to Children with Birth Defects, Beverly Hills, Sage Pub., 1979.

Gliedman J. et Roth W., The Unexpected Minority, New York, Harcourt Brace Javanovich, 1980.

Heumann J., "Handicap and Disability", dans J. Hourihan (s.l.d.), Disability: Our Challenge, New York, Teachers College, Columbia University, 1979.

Hourihan J. (s.l.d.), Disability: Our Challenge, New York, Teachers College, Columbia University, 1979.

MacKinnon L. et Marlett N., "A Social Action Perspective: The Disabled and Their Families in Context" dans J. Hansen (s.l.d.), Families with Handicapped Members, Rockville (Maryland), Aspen Publications, 1984.

Perlman H.H., "The Problem Solving Model in Social Casework", dans W. Roberts et R.H. Nee, (s.l.d.), Theories of Social Casework, Chicago, University of Chicago Press, 1970.

Rule J., "The Problem with Social Problems", Politics and Society, 1971, vol. 2, n° 1, pp. 47-56.

Stager, D., Economic Analysis of Canadian Policy, Toronto, Butterworths, 1979.